

INSTITUTO CENTRAL — HOSPITAL A. C. CAMARGO

São Paulo — Brasil

Diretor : PROF. ANTONIO PRUDENTE

195.^a Reunião Anátomo-Clinica - (30/4/59)

Carcinoma espino-celular do esôfago cervical irradiado com cobalto 60

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

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

Relator: Dr. Moses Zitron — Médico Re-
sidente.

Comentador: Prof. Bindo Guida Filho —
Titular de Cirurgia do Torax.

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

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

CASO CLÍNICO (Registro n.º 58.2500)

RESUMO DA OBSERVAÇÃO

J.D.C. — 66 anos, português, mascu-
lino, branca, casado, alfaiate.

CONSULTA — 2 de Outubro de 1958.

QUEIXA PRINCIPAL — Disfagia

ANTECEDENTES FAMILIARES
— Nada digno de nota. Não refere ante-
cedentes neoplásicos na família.

ANTECEDENTES PESSOAIS —
Etilista regular, fumador inveterado.
HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL —
Refere que há 2 meses vem sentindo difi-
culdade para deglutir os alimentos, o que
vem se acentuando cada vez mais.

Atualmente só consegue ingerir líquidos.
Tem a nítida impressão que há um obstá-
culo ao nível do pescoço (sic). Há 8 dias
sua voz tornou-se rouca e bitonal. Tem
agora regurgitação dos alimentos e dores
à deglutição. Acusa perda de peso de cer-
ca de 2 kg.

EXAME FÍSICO GERAL — Aspecto

geral precário — Mediolineo — Facies in-
característica — Peso 41 kg. — Mucosas
coradas — Poucos dentes em péssimo esta-
do de conservação, havendo raízes infecta-
das.

PESCOÇO — Não se palpa a fúrcula
esternal estando a traquéia deslocada pa-
ra adiante, sendo, porém, movel. Fossas
supra-claviculares aplainadas, sendo o fa-
to mais acentuado à esquerda. Não foram
palpados gânglios.

APARELHO CÁRDIO-VASCULAR —
“Ictus” não visível nem palpável. Extra-
sístoles. Hiperfonese da 2.^a bulha pulmo-
nar. P.A. 130/80 — Pulso 96 por minuto,
cheio.

APARELHO RESPIRATÓRIO — Ex-
pansão diminuída à direita. Sub-macicez
na região lateral do hemitorax direito e ao
nível do ângulo inferior do omoplata do
mesmo lado. Roncos e sibilos nas bases e

diminuição do murmúrio vesicular na região inter-escápulo-vertebral direita, na base e região lateral direitas. Roncos em maior quantidade à esquerda.

ABDOMEN — Nada digno de nota.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA — Câncer do esôfago cervical.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS — 1) *Esofagoscopia* (2-19-58): a cerca de 3 cms. da boca do esôfago, a mucosa apresenta-se muito espessada, hiperemiada, existindo uma tumoração mamelonada, sangrante e com áreas de necrose, que oclui totalmente a luz do órgão; foi retirado material para biópsia. 2) *Broncoscopia*: (2-10-58): após ultrapassar as cordas vocais, verifica-se abaulamento da parede posterior da traquéia (porção membranosa), a cerca de 5 cms. das cordas, onde a mucosa está hiperemiada, correspondendo ao tumor esofágico; foi retirado material para biópsia; 3) *Biópsia do Esôfago e Brônquio Esquerdo* — sem alterações. 4) *Biópsia Pré-Escalênica*: Nos gânglios examinados não há elementos neoplásicos.

EVOLUÇÃO — Diante desse diagnóstico histológico negativo e considerando as características clínicas do caso, resolveu-se fazer nova biópsia e o exame radiológico do esôfago.

2.^a *Esofagoscopia e Biópsia* (10-10-58): — Mesmo aspecto da esofagoscopia anterior.

Resultado da 2.^a *Biópsia* — Carcinoma espino-celular moderadamente diferenciado.

Exame Radiológico do Esôfago: (9-10-58) Estenose do esôfago ao nível da boca de Killian. Apenas uma pequena quantidade de contraste atingiu a porção inferior do esôfago; a maior parte refluíu para a traquéia (Fig. 2).

INTERNADA: em 13-10-58. Alimentada com sonda gástrica.

RADIOGRAFIA DO TORAX: — (15-10-58) — Velamento do ápice direito. Grande calcificação pleural na base esquerda (Fig. 1).

OUTROS EXAMES SUBSIDIÁRIOS: — 1) *Urina*: Densidade 1026; Cór, amarela; Aspecto, levemente turvo; Reação, ácida; Albumina, traços leves; Açúcar, acetona e bile, ausentes; Urobilinogenio, normal; Sedimento, raras hemácias, vários

cilindros hialinos e raros granulados. 2) *Químico do Sangue*: Uréia, 120 mg%; Glicose, 115 mg%; Proteínas Totais, 7,2 g%;

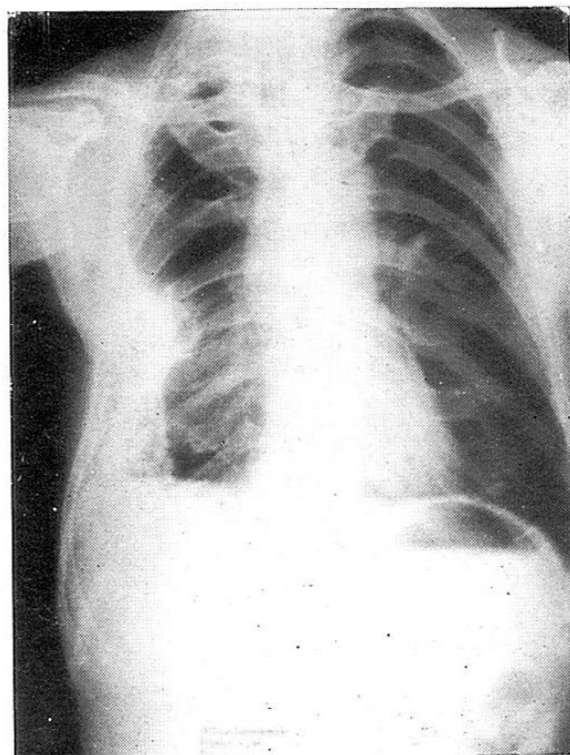


Fig. 1 — Radiografia do Torax (15-10-58) — Velamento do ápice direito. Grande calcificação pleural na base esquerda.

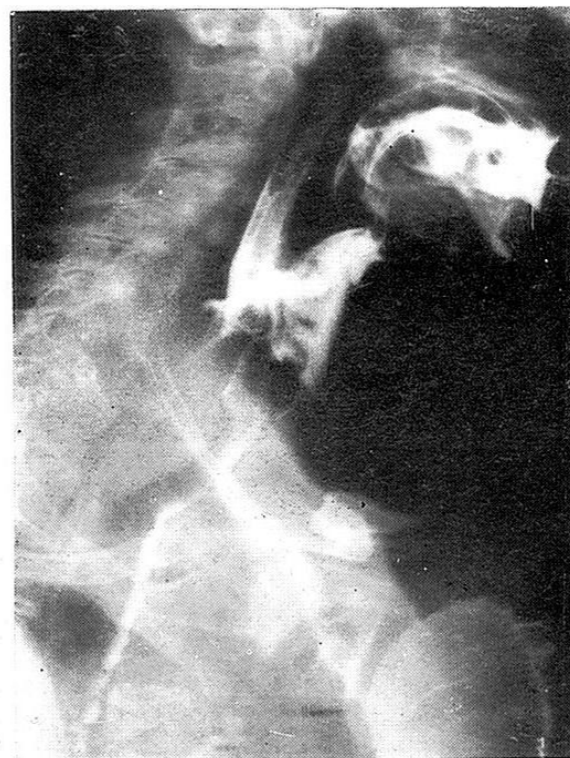


Fig. 2 — Radiografia do Esôfago (9-10-58) — Estenose do esôfago ao nível da boca de Killian. Apenas uma pequena quantidade de contraste atinge a porção inferior do esôfago. A maior parte do contraste refluíu para a traquéia.

Serina, 3,2 g%; Globulina, 4,0 g%; Índice S/G, 0,8; Fósforo, 4,2 mg%; Fosfato alcalina, 1,3 unidades Bodansky %.

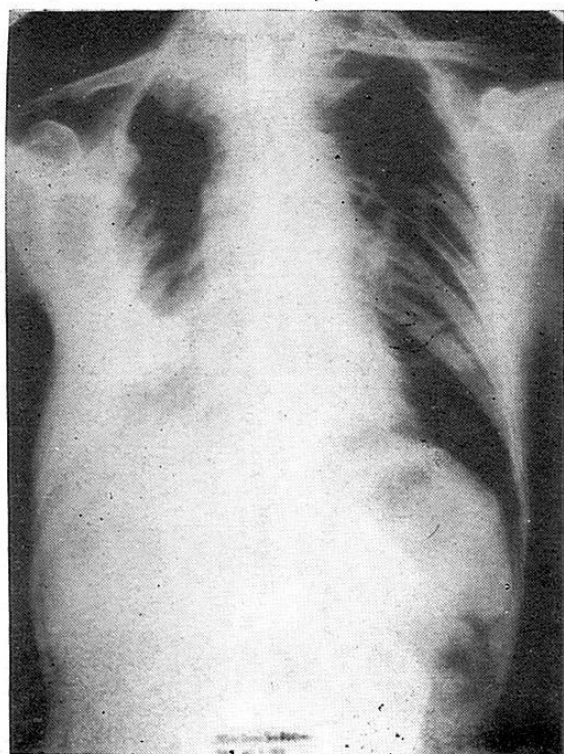


Fig. 3 — Radiografia do Torax (22-11-58) — Velamento do hemitorax direito. Calcificação pleural do mesmo lado assim como retração. Alargamento fusiforme do mediastino superior

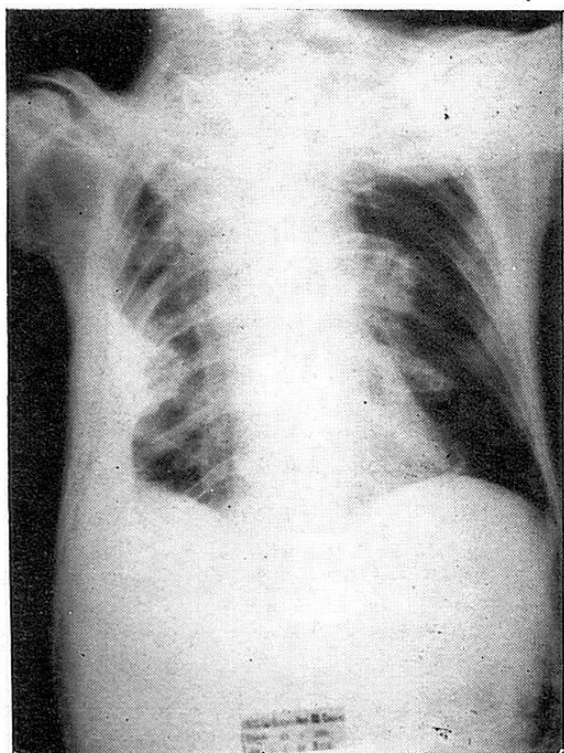


Fig. 4 — Radiografia do Torax (7-1-59) — Calcificação pleural à direita. Velamento dos ápices pulmonares Alargamento do mediastino superior.

Hematológico: Leucócitos, 19.500; Bastonetes, 6; Segmentados, 55; Eosinófilos, 2; Basófilos, 1; Linfócitos, 30; Monócitos, 6; Hemácias, 5.800.000; Hemoglobina, 117%; Hematócrito, 47%; Valor Globular, 1,0; Volume médio, 81 u 3; Hemossedimentação, 60; Sangria, 1'; Coagulação, 6'.

PLANIFICAÇÃO TERAPÊUTICA: — O caso foi considerado inoperável, resolvendo-se fazer Telecobaltoterapia.

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO: — Por meio de 3 campos, sendo um esternal e 2 para-vertebrais foi feita uma dose de irradiação de 7.000 r. por meio do Telecobalto 60. Tempo total de tratamento de 23-10-58 a 12-12-58. Média de 5 aplicações semanais, no dose diária de 200 r. No decorrer do tratamento radioterápico agravou-se o estado geral do doente, que apresentava dispnéia e dores torácicas. A alimentação por sonda tornou-se também difícil, não se conseguindo mais introduzir 4.000 cc de líquidos alimentícios. Passou-se a associar soro glicosado com vitaminas e sangue. Em 14-11-58 foi feito novo exame químico do sangue, verificando-se: Ureia 60 mg%; Glicose 90 mg%. Em 17-11-58 as condições respiratórias do paciente são muito más, havendo cornagem e tiragem intensa; é feita a traqueostomia. Em 22-11-58 uma radiografia do torax mostrou: velamento do hemitorax direito, calcificação pleural de se lado. Retração de se mesmo lado. Alargamento fusiforme do mediastino superior (Fig. 3). Em 12-12-58 terminou a telecobaltoterapia. Em 18-12-58 resolveu-se retirar a sonda gástrica mas o paciente não conseguiu deglutir. Tentou-se introduzir novamente a sonda mas não se conseguiu. Diante da situação premente praticou-se uma gastrostomia com alça jejunal isolada, em 22-12-58. Daí por diante a situação mais se agravou. Em 29-12-58: febril, secreção intensa, estertores sub-crepitantes de ambos lados. Anti-bióticos, sangue, soro. Em 5-1-59 o paciente continuou piorando. Saída de material necrosado pelo traqueostoma. Em 7-1-59 está obnubilado. A temperatura, que se mantinha ao redor de 38°C., elevou-se a 39°C. Secreção abundante pelo traqueostoma. Roncos e sibiles. Não há cianose. Uma radiografia do torax revelou: calcificação pleural à direita, velamento

dos ápices pulmonares alargamento do mesdiastino superior (Fig. 4). Em 9-1-59: Óbito às 7.15 horas.

DIAGNÓSTICOS DO RELATOR

Dr. Moses Zitron

ANATÔMICOS:

- 1) Carcinoma espino-celular do esôfago.
- 2) Bronquite crônica.
- 3) Pulmão encarcerado + calcificação pleural.
- 4) Broncopneumonia.
- 5) Metástase cerebral?

FUNCIONAIS:

Desidratação.

CAUSA MORTIS:

- 1) Colapso tóxico-infeccioso.
- 2) Metástase cerebral?

DISCUSSÃO CLÍNICA

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — O paciente tinha passado bronco-pulmonar?

DR. MOSES ZITRON: — Se tinha, nada consta a respeito no prontuário. Mas na radiografia do torax, constata-se um velamento do hemitorax direito, com pulmão encarcerado e redução torácica desse mesmo lado. Essa foi a primeira radiografia tirada.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — Aqui no prontuário há algo que explica tudo: "tosse pouca com expectoração esbranquiçada há muito tempo".

DR. MOSES ZITRON: — Deve-se pois admitir que ele tinha um quadro pulmonar bastante antigo.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — Qual foi a perda de peso durante a evolução da moléstia?

DR. MOSES ZITRON: — O doente foi internado com 40 kg e, durante o tratamento, chegou a engordar 2 kg. Mas, logo que foi retirada a sonda gástrica, após a radioterapia, começou a emagrecer novamente, tendo falecido com 37 kg.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — Qual o peso teórico dessa pessoa?

DR. MOSES ZITRON: — Media cerca de 1,60 m. de altura, devendo, portanto, seu peso teórico ser de 60 kg.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — Houve cianose na fase final?

DR. MOSES ZITRON: — Não.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — E dedos hipocráticos?

DR. MOSES ZITRON: — Também não.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — Foi feito eletro-cardiograma?

DR. MOSES ZITRON: — Não consta no prontuário.

DR. JACYR QUADROS: — A parte radiológica já está descrita. Apenas nesta radiografia do esôfago é bem evidente a parada do contraste ao nível da boca de Killian, parecendo mesmo uma formação diverticular na parede posterior. Na radiografia oblíqua observa-se que os seios piriformes não estão tomados pelo tumor. E, uma radiografia tomada 10 dias após, com sonda, mostra nitidamente a tumoração da região retrocricoidiana, descendo profundamente até a região cervical. Aqui está a sonda, empurrando a traqueia e os seios piriformes.

Há diversas radiografias do pulmão. Mostrei apenas a primeira e a última. Na primeira existe o aspecto, já descrito, de calcificação pleural. O pulmão está reduzido de volume em consequência do encarceramento. Na radiografia final, dois dias antes da morte (radiografia tomada em más condições técnicas, com uma pessoa segurando o paciente por detrás — razão do velamento do ápice), há certo alargamento da imagem do mediastino. A impressão que se tem é que o doente não morreu de pneumonia. Se alguma coisa houve, deve ter sido uma mediastinite.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — O tumor que comprimia a traqueia de onde era? Era esôfago ou não?

DR. JACYR QUADROS: — A impressão que se tem é de que a compressão da traqueia é alta. Nesta radiografia é bem nítida a compressão da traqueia por uma sombra tumoral, provavelmente do esôfago, empurrando-a para a frente.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — Quer dizer que corresponde aquilo que foi visto na esofagoscopia.

PROF. BINDO GUIDA FILHO: — Inicialmente quero chamar a atenção para o fato de o paciente apresentar um quadro radiológico de comprometimento pleural tão evidente, como está nessa chapa exibida, e não haver na história um interrogatório mais minucioso, para se saber qual foi o episódio pulmonar havido no passado desse doente. Evidentemente, o quadro radiológico traduz lesões pulmonares progressas, que devem ter sido graves, que devem ter evoluído de maneira característica, de acordo com a lesão inicial. Entretanto, isto não está relatado na história, isto é, faltou um pouco de cuidado na anamnese, no interrogatório sobre os antecedentes do indivíduo. Se eu posso aceitar até certo ponto esta falha, entretanto, posteriormente, quando se tirou esta radiografia e verificou-se a presença destas lesões pleuro-pulmonares, acredito que se deveria ter insistido em colher mais dados sobre a história progressa, formando-se então uma idéia exata sobre o que aconteceu com o pulmão deste doente há alguns anos atrás. Evidentemente, uma paquipleuriz deste tipo foi consequência de processo pulmonar violento, que teria sido relatado com clareza pelo paciente. Além deste fato, evidenciava aquela radiografia que há velamento do ápice do pulmão, há um ligeiro desvio do mediastino e da traqueia para o lado direito também, e ainda, aquele velamento pode ser atribuído ao tumor do esôfago, mas, também há a possibilidade de ser causado por pleuriz no ápice, ou mesmo paquipleuriz. O quadro radiológico sugere, aliás, um processo tuberculoso, por causa da paquipleuriz e por causa do desvio da

traqueia para o lado direito. Quero lembrar que, inicialmente, este paciente apresentava uma paralisia recorrente.

Referira êle uma disfonia que se tinha iniciado oito dias antes da consulta. Num caso de paralisia do recorrente por tumor do esôfago, existe contra-indicação para cirurgia. Mais ainda: em casos como este, de tumor de esôfago localizado no terço superior, impõem-se a exploração da traqueia, que é feita na mesma sessão endoscópica. Neste caso, verificou-se que havia abaulamento da parede anterior da traqueia. Mesmo que não houvesse paralisia do recorrente, este comprometimento da traqueia seria já uma provável contra-indicação para a cirurgia.

Lembro ainda que a biópsia pre-escalênica, neste caso, foi negativa. Este é um dado que tem importância. Nestas condições, o paciente foi encaminhado para a Telecobaltoterapia, e, quanto a este ponto, acredito que é interessante recordar a possibilidade da Quimioterapia. Devo confessar que, diante de casos como este, o que nos tem ocorrido sempre é enviar o caso para Telecobaltoterapia, esquecendo-nos de ouvir a opinião da Clínica Médica sobre as possibilidades da Quimioterapia.

Este doente sofreu ainda uma traqueostomia, que acho bem indicada, porque apresentava tiragem e cornagem. Finalmente, foi submetido a uma gastrostomia. Quando foi retirada a sonda, depois da Telecobaltoterapia, verificou-se que persistia a obstrução. Sabe-se que a gastrostomia em câncer do esôfago é cirurgia paliativa, que está definitivamente proscrita em muitos centros de cirurgia. Os cirurgiões já estão desanimados com os resultados que obtêm com essa cirurgia paliativa. Esta também era a minha impressão até há algum tempo atrás. Estava tão certo das deficiências e prejuízos da gastrostomia de qualquer tipo nos casos de câncer do esôfago que passei a realizar um tempo a mais na cirurgia do esôfago, na primeira sessão cirúrgica, exatamente para evitar a gastrostomia. Então, submetia o paciente a maior risco cirúrgico. É importante que se esclareça este ponto, porque a orientação no Serviço já está definitivamente firmada. Depois que passei para o grupo do prof. Prudente, este assunto foi discutido amplamente e, da discussão, surgiram duas conclusões muito importantes: em primeiro lugar, o Dr. David propôs se fizesse a gastrostomia mínima com sonda de Foley. Por sugestão do Dr. David, essa cirurgia foi realizada em vários pacientes e aprovada de maneira definitiva, pelos resultados excelentes que observamos nesses casos. Na mesma ocasião foi proposta, pelo Prof. Prudente e pelo Dr. Dino, gastrostomia com interposição de uma alça jejunal. Teoricamente isto é condenável, porque, num paciente já em mau estado geral, fazer-se uma cirurgia maior, constando de isolamento de alça e reconstituição do trânsito, envolve risco maior. Mas, na prática, demonstrou-se que essa gastrostomia é excelente. Os resultados observados até o momento são plenamente satisfatórios.

É continente e está plenamente aprovada pelos resultados observados até hoje. Acredito que hoje em dia não há dúvida no grupo do prof. Prudente, nesse sentido. Existem pois dois tipos de gastrostomia que podem ser fei-

tos nos portadores de câncer do esôfago: um, seria o transitório, o econômico, feito nos pacientes que serão submetidos a outra cirurgia; o outro, a gastrostomia com interposição da alça jejunal, feita a título paliativo. Com este tipo de gastrostomia o doente poderá ter alta, pois êle mesmo aprenderá a retirar e a colocar de novo a sonda. E a gastrostomia é perfeitamente continente.

Com relação à conduta terapêutica no caso, acredito que, com a ressalva que fiz quanto às possibilidades da Quimioterapia, o que foi feito estava certo, estava de acordo com a conduta aprovada em casos como este.

Considerando o caso de maneira geral, quero lembrar que os tumores da parte cervical do esôfago drenam principalmente para os gânglios da cadeia supra-clavicular. São os nódulos linfáticos retirados na biópsia pre-escalênica. Entretanto, neste caso, a biópsia pre-escalênica foi negativa. Quero lembrar também que as metástases de tumor do esôfago são relativamente raras, considerando as metástases dos tumores de outros órgãos, de maneira geral. Na mesa de autópsia verificasse (o dr. Torloni depois nos dirá se é esta também a sua experiência) que existe metástase somente em 50% dos portadores de tumor do esôfago. Isto na mesa de autópsia, porque clinicamente é mais difícil verificar-se a presença de metástases em tais casos. É provável que este fato seja devido ao estado geral do paciente, porque o portador de câncer do esôfago é um chocado crônico. Apresenta anemia hipocrômica, hipoproteïnemia, hipovolemia e desidratação. Então, é provável que as condições gerais do paciente não permitam sobrevida suficiente para que metástases se instalem.

Com referência a metástases distantes, o câncer do esôfago cervical é o que dá metástases com mais frequência, metástases que são encontradas na maior parte das vezes no estômago, pâncreas e baço. É muito raro encontrá-las no câncer dos outros segmentos do esôfago, e é excepcional encontrá-las no fígado, pulmão e cérebro.

Terminando as minhas considerações, tenho a impressão de que, além de outras causas, este paciente morreu por insuficiência respiratória, devida em parte à provável obstrução das vias aéreas superiores pelo próprio tumor, e também pelo bronco-aspiração da secreção da bucofaringe. Estes pacientes, com obstrução do esôfago, aspiram as secreções que se acumulam na bucofaringe e caminham para um quadro grave de broncopneumonia. Existe mesmo os que propõem cirurgia paliativa, nestes casos. Propõem uma derivação cervical do esôfago, para impedir o acúmulo de secreções e sua aspiração para as vias aéreas superiores.

Com relação aos diagnósticos, estou de acordo com o dr. Moses, querendo fazer apenas uma observação quanto à bronquite crônica. Acredito que neste caso se possa ir mais adiante. Em lugar de apenas bronquite crônica, poderemos pensar em lesão do tecido pulmonar. Este paciente pode ser portador de uma bronquiectasia seca crônica, seguida de complicação pleural, que por sua vez deve ter causado a paquipleuriz. Ou, então, uma seqüela de tuberculose pulmonar, porque a cal-

cificação em paquipleuriz é muito comum no empiema tuberculoso.

Não concordo com o diagnóstico de metástase cerebral, porque para isto seria necessário que se tivesse feito um exame mais minucioso do paciente. Além disso, metástase cerebral em câncer do esôfago é rara.

DR. HUMBERTO TORLONI: — Como explicaria o quadro cerebral?

PROF. BINDO GUIDA FILHO: — Não estou convencido de que tenha tido. Estou de acordo com colapso tóxico-infeccioso. E, quanto à broncopneumonia, já está anotada. Quanto a causa mortis, colapso tóxico-infeccioso e anóxia por insuficiência respiratória.

PROF. ANTONIO PRUDENTE: — O Dr. Jacyr chamou a atenção para um ponto importante: o tumor ocupava a região retro-cricoidiana. Esse tumor, nessa região, constitui uma entidade à parte, específica, porque se trata de um dos pontos preferenciais de localização do câncer do esôfago. É um tumor faringo-esofageano, tumor comuníssimo em certas regiões, como tive ocasião de verificar no Egito, e não se sabe bem porquê. A evolução é muito especial, porque esse tumor invade sistematicamente a traqueia e a laringe, de modo que a intervenção radical, exige uma ressecção que inclua também a laringe e a traqueia. Ora, isto vem explicar (o prof. Bindo chamou muito bem a atenção para este ponto) o problema respiratório, que era sério, porque o doente tinha um impedimento alto associado a um déficit pulmonar. Acho portanto que esse doente, apesar do que foi dito aqui, deve ter morrido de anóxia. Isto me parece pelo menos muito mais lógico. Ou de hipóxia acentuada. O fato é que devia estar em hipóxia, pelo quadro anátomo-clínico total, inclusive o radiológico. E a evolução final também nos inclina a essa conclusão. Infelizmente não temos dados mais detalhados sobre as condições circulatórias e outras no momento da morte, mas não vejo razão também para a hipótese de metástase cerebral, porque existem vários mecanismos que podem levar a uma obnubilção final. O próprio processo tóxico, o próprio processo de anemia, apesar dos exames hematológicos que aqui estão e que não tem valor praticamente nenhum, porque o doente devia estar altamente desidratado, podem ocasionar esse quadro mental. Assim, estou com o prof. Bindo, achando que é para o lado respiratório que devemos procurar a solução. Provavelmente o doente teve invasão franca das vias aéreas superiores.

DR. JACYR QUADROS: — Queria fazer um adendo. De acordo com o que lembrou o prof. Bindo, este aspecto do ápice podia muito bem ser uma lesão específica. Mais: esta paquipleuriz calcificada, muito embora não se veja fratura de costela, também é frequente em traumatismo de tórax, que com frequência calcifica também. É mais uma hipótese. Esta lesão do ápice podia ser específica, como a sombra do próprio tumor. Esta radiografia foi feita dois dias antes da morte do paciente. Existe realmente um velamento pulmonar direito. Se este doente morreu com broncopneumonia, a impressão radiológica é de que essa broncopneumonia não era tão grave assim.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — É possível estabelecer a hipótese de que se apresentasse enfisema nesse doente?

DR. JACYR QUADROS: — Por essa chance, não.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — Na base esquerda?

DR. JACYR QUADROS: — Não. As cúpulas estão mais ou menos elevadas e, no enfisema, deveriam estar mais baixas.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — E na primeira radiografia?

DR. JACYR QUADROS: — Na primeira radiografia essa hipótese é provável, sim. A cúpula está mais baixa e o pulmão esquerdo parece estar distendido.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — Quer dizer que o pulmão esquerdo, na sua metade inferior, está também mais transparente.

DR. JACYR QUADROS: — E mais baixa a cúpula. A hipótese é viável.

PROF. ANTONIO PRUDENTE: — Em relação ao mediastino, também somos levados a pensar numa mediastinite. E isto talvez por perfuração, não se pode saber bem. Mas minha impressão é essa. A curva de temperatura mostra que havia uma elevação. Na véspera de morrer, foi muito alta a temperatura: 39°.

DR. JACYR QUADROS: — É essa a minha impressão: mais uma mediastinite do que uma broncopneumonia.

PROF. ANTONIO PRUDENTE: — A mediastinite entraria no quadro geral da anóxia.

DR. MOSES ZITRON: — Queria acrescentar uma coisa que não está no resumo: esse paciente não apresentava cianose. Não saberia como explicar essa anóxia. Ele veio apresentando febre, tendo havido mesmo uma fase em que apresentou febre tipo suoracão, subindo à tarde e caindo pela manhã. Mas não apresentou cianose durante toda a evolução final.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — Este caso é bastante interessante do ponto de vista clínico. Há um dado ao qual os Srs. relator e comentador não se referiram e que tem algum valor no sentido de um diagnóstico funcional: é a hemoglobina muito alta, 117%, e um hematócrito de 47%. Isto fala a favor de uma poliglobulia, sendo frequentemente observado nos pacientes portadores de **cor pulmonali** crônico, em consequência de enfisema, enfim, de doença pulmonar crônica que traga uma diminuição da área pulmonar. Desde que envolva 60% ou mais, da área vascular passa a produzir-se um estado funcional chamado **cor pulmonali** crônico.

Nessas condições, este dado, juntamente com a possível mediastinite, juntamente com o passado pulmonar anatómico (encarceramento pulmonar direito, velamento do lobo superior direito, que pode ter sido por doença pulmonar crônica anterior, ou simplesmente velamento consequente a fibrose pulmonar), tudo isso fala a favor da anóxia crônica, que ele poderia apresentar. A ausência dos dedos em baguete de tambor e a ausência de cianose não infirmam esse diagnóstico. Se a cianose estivesse presente e se os dedos em baguete também estivessem presentes, seriam dados positivos em favor desse diagnóstico. Porém sua ausência não infirma o diagnóstico, porque já sabemos que, para que se

produza a cianose, é necessário que em 100 ml existam 5,2 g, segundo as primeiras determinações dos estudiosos. Ora, se este paciente era um desidratado, se era, como se expressou muito bem o prof. Bindo, um chocado crônico, se apresentava uma insuficiência circulatória periférica, não tinha condições de ordem circulatória, no setor vascular, para produzir cianose. Admite-se que os que apresentam dedos em baguete de tambor e cianose são aqueles que têm certas condições de má nutrição das últimas falanges, condições próprias, constitucionais, indo a anóxia influir principalmente pela parte simpática nesse setor nutritivo. De modo que a inexistência desses dois sinais não informa o diagnóstico de uma anóxia crônica. Então estou propenso a concordar com o diagnóstico do prof. Bindo, de fibrose pleural, dando encarceramento. Possivelmente se trata de uma doente pulmonar, com passado tuberculoso. Há naquela radiografia numerosos pontos calcificados, que o Dr. Jacyr se esqueceu de referir, no pulmão esquerdo, demonstrando que havia lesões antigas, lesões que quase sempre são de natureza tuberculosa. Daí a pergunta que faço, finalmente: haveria um aspecto radiológico de enfisema na metade superior do pulmão? Todo bronquítico crônico enfisematoso é, num grau mais ou menos avançado da sua moléstia, em tempo variável, um candidato à síndrome do **cor pulmonali** crônico, isto é, de hipertensão pulmonar, em virtude do comprometimento de 60% ou mais da sua área vascular. Por conseguinte, há dilatação e hipertrofia do ventrículo direito, com a instalação dessa síndrome. Este paciente tinha hiperfonese da segunda bulha pulmonar, o que também fala a favor da síndrome de **cor pulmonali**. Perguntei sobre o eletrocardiograma, porque, no **cor pulmonali** é bastante típica a ocorrência de alterações do acidente P, característico dessa síndrome, além do que haveria o predomínio dos vetores correspondentes ao ventrículo direito e à aurícula direita, o que se exprimiria no gráfico com certa clareza. Ainda mais, este paciente apresentava uma ureia de 120 mg, que caiu posteriormente a 60 mg. É possível que esta ureia se apresentasse elevada, sem haver uma insuficiência renal por necrose do tumor e, portanto, passagem de elementos protéticos, principalmente ureia, para dentro do sangue circulante, assim havendo aumento de ureia exclusivamente por falta de eliminação. Eu acrescentaria aos diagnósticos já feito o de **cor pulmonali** crônico. O material necrosado que o paciente apresentou, na fase final, saindo pela traqueia, é originário ou do pulmão ou de uma perfuração da traqueia pelo tumor retrotraqueal. Como não foi identificado este material não podemos afirmar qual das duas hipóteses é mais provável.

Quanto a situação de obnubilação final, estou em perfeito acordo com os profs. Bindo e Prudente, no sentido de que o paciente não tinha metástases cerebrais, mas apresentava um estado de anóxia crônica que por si só explica o edema cerebral. E mais ainda um fator: ele tinha anóxia mas tinha também hipercápnia, isto é, além de baixar o oxigênio, havia um aumento desproporcional de gás carbônico. É sabido que pacientes que apresentam diminuição da área parenquimatosa dos

pulmões apresentam sempre hipercápnia. É o caso comum dos enfisematosos. Hoje se sabe que é esse estado que traz a diminuição da capacidade mental desses doentes, no que diz respeito à memória, ao raciocínio, à associação de idéias, à inteligência. Essa pesquisa, na propedêutica psicológica, deve ser feita com rigor. O ego do paciente não trabalha dentro de suas possibilidades, justamente por esse estado. Todos aqueles, que já tenham visto tais casos, verificaram que o doente fica abobalhado, com seu espírito de crítica perturbado, dizendo frases desconexas, ou então se encontra num torpor de tipo hipnótico, dependendo o grau desta perturbação do seu estado de hipercápnia. Acredito que o estado de obnubilação depende do edema cerebral, pela anóxia e, mais, pela hipercápnia, ou seja, pela intoxicação geral através do gás carbônico.

DR. DAVILA: — Seria possível aceitarmos a hipótese de cor pulmonali crônico, diante de uma chapa radiológica, que não mostra deformação evidente da silhueta cardíaca? Geralmente no cor pulmonali crônico a silhueta cardíaca está bastante deformada.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — Algumas vezes, não. Porque, pelo estado de enfisema do paciente, existe, por assim dizer, uma modificação da postura do próprio diafragma e, conseqüentemente, o coração roda. Rodando, muda de posição. Não é mudança de posição dinâmica, devida ao seu trabalho de sístole e diástole, mas mudança por assim dizer anômica, no torax. Então, ao invés de apresentar a posição que devia ter normalmente, faz uma rotação para a direita. E esta rotação para a direita faz com que o cone da pulmonar não seja evidente à chapa de RX. De forma que, muitas vezes, não se vê o cone da pulmonar bem evidente, o que é o quadro radiológico do cor pulmonali crônico, juntamente com o aumento das cavidades direitas. Então se explica, pela mudança de posição em virtude do diafragma, que não tem mais grande mobilidade, o fato de o coração rodar. Isso, além das próprias lesões pulmonares bilaterais, com fibrose, com alterações do mediastino etc., pode ter influído na posição adquirida pelo coração. O diagnóstico de cor pulmonale realmente se torna mais difícil, dada esta componente radiológica. Mas este paciente, que provavelmente apresentava enfisema de suas linguetas pulmonares anteriores, não deveria, em consequência apresentar, pela propedêutica física, hiperfonese da segunda bulha pulmonar. Se foi ouvida, foi porque a tensão dentro da artéria pulmonar sobrepassava a diferença acústica que poderíamos ter pela interposição de um amortecedor de som, que seria o enfisema das linguetas anteriores.

Se pudessem haver detalhes, do ponto de vista anatômico, no sentido desta explicação, eu ficaria bastante satisfeito.

DR. MOSES ZITRON: — Existe uma descrição de torax abaulado, de tipo enfisematoso.

DR. JACYR QUADROS: — Realmente, conforme disse o prof. Ramos, os tratadistas de radiologia chamam a atenção justamente para esse fato. No enfisematoso, no cor pulmonale, é freqüente a imagem de coração pequeno, talvez pelo mecanismo de rotação, mas muitas vezes associado ao alargamento da imagem pulmonar dos dois lados. Mas é um acha-

do radiológico que fala em favor disso, provavelmente por essa rotação, á qual não sabia dar explicação.

DR. ELOY PARISI: — Queria acrescentar o seguinte: provavelmente, além da rotação, ele deveria ter (gostaria de ouvir o que tem a dizer a Anatomia Patológica, porque também não tenho dúvida sobre a hipertensão da pequena circulação) uma hipertrofia mais concêntrica no ventrículo direito. Isto explica também a falta de mais evidente aparência de hipertrofia, isto é: pouca dilatação e hipertrofia mais concêntrica, porque a sobrecarga é sistólica.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — O que fala a favor de cor pulmonale crônico.

DIAGNÓSTICOS ANATOMO-PATOLÓGICOS

(Autópsia)

MOLÉSTIA PRINCIPAL: — Carcinoma espino-celular do esôfago cervical e hipofaringe, tratado (Cobalto 60).

DIAGNÓSTICOS ANATÔMICOS: — Carcinoma espino-celular do esôfago (hipofaringe) tratado (Cobalto-terapia).

Fibrose dos tecidos justa-traqueais.
Traqueostomia.

Broncopneumonia L.S.E.

Broncopneumonia pulmão D., L. S. D.

Gastrostomia

Arterio-arterioloesclerose generalizada.

Aterosclerose da artéria aorta (sigmoídes).

Atrofia fovea do miocárdio (270).

Polipose da sigmoide e reto.

Flebo-trombose do plexo peri-prostático.

Nódulo residual de complexo primário no lobo inferior direito.

Infiltração carcinomatosa da glândula tireóide.

CAUSA MORTIS: — CAQUEXIA.

DISCUSSÃO DA ANATOMIA PATOLÓGICA

DR. HUMBERTO TORLONI: — Era um homem de 66 anos, em estado de caquexia, que poderá ser avaliado pelo peso real e pelo emagrecimento de apenas três quilos. Daí eu ter chamado a atenção do Dr. Moses, ao se discutir a *causa mortis* deste caso, dizendo que não acreditava que esse homem pudesse ter

morrido de caquexia por ter perdido apenas três quilos, durante sua estadia neste Hospital. Na ocasião, eu ignorava completamente este dado: quem tem 40 quilos perde muito quando perde apenas 3.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — O peso teórico devia ser por volta de 69, de modo que a diferença era muito grande.

DR. HUMBERTO TORLONI: — Nessas condições, para a Anatomia Patológica a *causa mortis* foi caquexia.

O segmento cefálico deste paciente não foi examinado por solicitação da família. Porém, este câncer do esôfago não apresentou metástases em nenhum dos outros órgãos examinados. Apresentava intensa fibrose em todos os tecidos justatraqueais, fibrose que se confundia macroscopicamente com o tumor. Broncopneumonia no pulmão direito, no lobo superior, e broncopneumonia também no lobo superior do pulmão esquerdo. Paquipleuriz de todo o hemitorax direito. Pulmão encarcerado, como vimos na discussão clínica, perfeitamente documentado. Um nódulo residual de complexo primário tuberculoso no lobo superior do pulmão direito, que era o pulmão lesado. Não encontramos reliquat de tuberculose no pulmão direito, a não ser fibrose inespecífica do ponto de vista histológico. Além disso, havia uma arterio-arterioloesclerose generalizada. Não encontramos dilatação nem hipertrofia do coração direito que justificasse os diagnósticos aqui ventilados de cor pulmonali crônico. Há portanto uma dissociação entre a interpretação clínica e os achados anátomo patológicos. O fígado deste paciente não era um fígado congestivo, fora do habitual, fora do que estamos acostumados a ver em pacientes que morrem, neste Hospital, de câncer. Não apresentava amiloidose e outros achados dignos de menção como diagnósticos anatomo-patológicos. Portanto, tratava-se de um carcinoma espino-celular limitado ao hipofaringe e esôfago cervical, com infiltração na glândula tireoide. Não havia metástases no mediastino. Não havia mediastinite. Como causa mortis, caquexia. O pulmão direito, que é o mais encarcerado, estava fibrosado. Desejo mostrar o estômago (exibe a peça).

Foi este o primeiro caso em que tivemos a oportunidade de autopsiar um paciente cuja gastrostomia fora feita nos moldes preconizados pelo Prof. Prudente e Dr. Dino.

PROF. ANTONIO PRUDENTE: — Há no relatório anátomo-patológico um ponto curioso, que não satisfaz de forma nenhuma, relativamente ao mediastino. Indiscutivelmente, pelo exame da chapa radiológica, está muito alargado. Pelo que se viu, a Anatomia Patológica não encontrou nada.

DR. HUMBERTO TORLONI: — Aliás, o único mecanismo que poderia talvez explicar o alargamento do mediastino superior é a fibrose, que era bastante acentuada. Mas não sei se esta fibrose pode concorrer nesse sentido.

DR. JACYR QUADROS: — Uma explicação provável para o alargamento do mediastino seria a de que a radiografia foi tomada com o paciente deitado, tendo sido usado, também muito provavelmente, o fóco mais próximo. Não foi uma teleradiografia, e por isso teria simulado um aumento não real.

DR. HUMBERTO TORLONI: — Ele apresentava fenômenos de bronquite aguda. Havia vários bronquios com a mucosa bastante alterada, com formações purulentas dentro de vários bronquíolos. Isto explicaria em parte a dificuldade que ele tinha em sua dinâmica respiratória.

DR. ELOY PARISI: — Queria acrescentar mais o seguinte: o exame propedêutico do torax não foi bem feito porque, dado o que se demonstrou aqui, era impossível que ele não tivesse estertores úmidos também. O mais chocante para mim é que não tenha havido correspondência anátomo-patológica em relação a este cor pulmonale, porque o caso está bastante claro do ponto de vista clínico. Tanto, que havia lesões pulmonares antigas, bem como hiperfonese da segunda bulha pulmonar. Acho que estes são elementos mais do que suficientes do ponto de vista clínico. A falta de dilatação do ventrículo direito não me surpreenderia, mas a falta de hipertrofia desse ventrículo direito me surpreende. Devia haver certo grau, por pequeno que fosse, de hipertrofia, mesmo não chegando à dilatação, porque se trata de hipertrofia mais concêntrica, dada a sobrecarga sistólica apresentada.

DR. HUMBERTO TORLONI: — Um dado que me esqueci de dar foi o acentuado grau de miocardioesclerose apresentado. O peso global do coração era de 270 g., o que está dentro do comum. E não havia nada que chamasse a atenção, na mesa de autópsia, para o lado da sobrecarga do coração direito. Já tenho visto alguns casos de cor pulmonale neste Hospital, casos que, aliás não são frequentes. Portanto, a interpretação clínica deste caso é baseada em dados absolutamente objetivos, do prontuário, ou é fruto de raciocínio, de hipóteses?

DR. ELOY PARISI: — Uma segunda bulha pulmonar hiperfonética não há dúvida nenhuma de que significa hipertensão da pequena circulação. Outro reparo: as hipertrofias do ventrículo direito são em geral menos expressivas do que as do ventrículo esquerdo. Perguntaria, então: será que não haveria um grau, mesmo pequeno, de hipertrofia, que teria sido talvez verificado se houvesse um exame mais minucioso?

DR. HUMBERTO TORLONI: — Não fazemos cortes da parede do ventrículo direito, como rotina.

DR. ELOY PARISI: — Acho que nestes casos, em que existe clinicamente hipertensão da pequena circulação, deveria ser obri-

gatório examinar-se o ventrículo direito, a fim de obtermos elementos para um julgamento melhor, mesmo porque, se se faz corte do ventrículo esquerdo, com mais razão se deveria fazer do ventrículo direito.

DR. JESUS CARLOS MACHADO: — O enfisema provavelmente era compensado, e a primeira fase de compensação do miocárdio se expressa por uma dilatação. Provavelmente esse doente não tinha hipertrofia, mas tão só uma dilatação compensadora.

DR. HUMBERTO TORLONI: — O Dr. Jesus lembrou bem o enfisema. Neste caso não há menção. Verificou-se apenas ruptura de alguns alvéolos, coisa desprezível. Não havia macroscópico, e o microscópico, não mereceu reparos.

DR. JACYR QUADROS: — Quem ouviu hiperfonese?

DR. HUMBERTO TORLONI: — Não quis fazer essa pergunta porque estou envolvido no caso. Por isso perguntei apenas se a interpretação clínica dos dados estava com o pé em terra ou não.

DR. JESUS CARLOS MACHADO: — Acho que clinicamente o doente devia ter cor pulmonali, que provavelmente passou despercebido em virtude da dilatação discreta.

DR. HUMBERTO TORLONI: — Quanto a metástases cerebrais, mesmo não tendo sido examinado o cérebro, pode ser essa hipótese completamente afastada, porque, como disse o prof. Bindo, esses tumores não são muito metastáticos. Pela estatística de casos de esôfago que estou levantando com o Dr. Jesus, os colegas verão que a incidência de metástases, em geral, é bastante baixa, muito menos de 50%. Acho que não tem cabimento o diagnóstico de metástase cerebral, estando o quadro cerebral perfeitamente explicado por tudo quanto disse o prof. Ramos.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — Para encerrar a reunião, minhas palavras que dizem respeito ao cor pulmonali crônico serão as mesmas que as do dr. Parisi. Infelizmente este paciente não apresentava um exame muito útil para confirmação clínica de cor pulmonali: o eletrocardiograma.

Mas tudo leva a crer, pela indagação propedêutica do caso e o raciocínio clínico envolvido, que ele realmente apresentasse cor pulmonali crônico. Muitas vezes este é de pequena intensidade e não existe uma dilatação do ventrículo direito que chame a atenção da Anatomia Patológica. Avisada esta, poderia fazer um exame mais acurado e assim confirmar ou infirmar esse diagnóstico.