

INSTITUTO CENTRAL — HOSPITAL A. C. CAMARGO

São Paulo — Brasil

Diretor : PROF. ANTÔNIO PRUDENTE

199.^a Reunião Anátomo-clínica - (11/6/59)

Condrossarcoma da região escapular direita, operado

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

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

Relator: Dr. Sílvio Cavalcanti — Cirurgião
estagiário.

Comentador: Dr. Marino Lazzareschi — Con-
sultor de Ortopedia.

Necroscopista: Dra. Ennize de Moura Nunes
— Residente de Anatomia Patológica.

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

CASO CLÍNICO (Registro nº 58.1417)

RESUMO DA OBSERVAÇÃO

A. C. M., 25 anos, feminino, casada,
portuguesa, branca.

CONSULTA: 7 de junho de 1958.

QUEIXA PRINCIPAL: Nódulos tu-
morais no dorso.

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL:
Residia em Portugal, tendo chegado ao
Brasil há apenas 2 m. ses. Refere ter no-
tado há cerca de 2 anos e 6 meses um ca-
roço ao nível da omoplata direita. Pro-
curou um médico que a operou 3 vezes.
Na primeira, foi feita uma biopsia que
revelou um *fibrocondroma*. (Labora-
tório de Anatomia Patológica da Facul-
dade de Medicina do Pôrto). Na segun-
da, praticou-se a exérese radical do tumor,
tendo sido feita a ablação da parte infra-
espinhosa da omoplata. À data da alta
estava assintomática e com mobilidade
quase normal do membro superior direito.
O exame histopatológico da peça opera-
tória mostrou tratar-se de um *condro-
ma* com pequenas áreas de metaplasia

óssea (Laboratório de Análises da Mis-
ericórdia do Pôrto). Alguns meses depois
reapareceu o tumor, submetendo-se a nova
operação, em julho de 1957. Passou bem
até há 3 meses atrás, quando verificou
que o tumor crescia novamente. Nessa
ocasião veio para o Brasil, procurando
agora este Hospital. Emagreceu 8 kg. de-
pois da segunda operação, mas agora apre-
senta seu peso normal.

ANTECEDENTES FAMILIARES :
Pais já falecidos de causas ignoradas.
Marido são.

ANTECEDENTES PESSOAIS: Um
parto normal. Eumenorréica.

EXAME FÍSICO GERAL: Mediolí-
nea — Pêso: 55,8 kg. — Altura: 1,47 mt.
— Temperatura: 36,4° — Pulso: 80 por
minuto, rítmico — Pressão arterial: Mx.
12 Mn. 8. Ao exame dos diferentes apa-
relhos nada se encontrou de anormal.

EXAME REGIONAL: Ao nível da
região escapular direita há uma cicatriz

irregular e alargada de 15 cm. de comprimento. Existem dois tumores duros e fixos, estando um localizado ao nível da parte superior da omoplata e o outro mais para baixo, na altura da prega axilar. O primeiro é duro e fixo, medindo 7 x 5 cm., e o segundo apresenta certa mobilidade, medindo 3 x 4 cm. São ambos indolores. Verifica-se também a ausência da parte inferior da omoplata. Não há limitação

mácias, não há cilindros. 3) *Radiológico* — Omoplata direita operada: discreta reação periostal. Tórax: Opacidades de forma imprecisa no 1/3 superior e base do pulmão direito (metástases?)

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Em 25/6/58.

BIOPSIA: Em 28/6/58 foi feita ampla biopsia. Seccionada a pele houve saída de material de aspecto gelatinoso.



Fig. 1 — A. C. M. — Registro 58.1417 — Negativo 6788 — 7/6/58 — Condrossarcoma da região escapular direita, recidivado. Aspecto da lesão quando a paciente se apresentou no Instituto Central da A. P. C. C.

dos movimentos do membro superior direito.

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: Tumor recidivado da região escapular direita.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS: 1) *Sangue* — Hemoglobina 86%; Tempo de sangria 1'; Tempo de coagulação, 11'. 2) *Urina* — Traços de albumina, raras he-

O resultado histopatológico mostrou uma neoplasia maligna mesenquimal, altamente infiltrativa, formada por massas basófilas, onde se vêem elementos alongados, estrelados ou poligonais, intensamente eosinófilos. Há atipias acentuadas e exuberante substância mucóide intersticial. Foi feito o diagnóstico de *MIXOSSARCOMA*.

EVOLUÇÃO: Como o exame radio-

lógico do tórax não afirmava a existência de metástases pulmonares, podendo a imagem que aparecia na radiografia ser conseqüente ao próprio tumor recidivado, na parede torácica, foi pedida nova verificação radiológica, que estabeleceu definitivamente o diagnóstico de *metástase pulmonar*. Diante dessa situação resolveu-se tentar o tratamento quimioterápico, tendo sido dada alta hospitalar no dia 2/7/58.

EXAME HEMATOLOGICO (8/7/58): — Leucócitos, 7.500; Bastonetes, 6; Segmentados, 63; Eosinófilos, 3; Basófilos, 0; Linfócitos, 19; Monócitos, 9; Hemácias, 4.500.000; Hemoglobina, 86%; Hematócrito, 37; Valor globular, 0,95; Volume médio, 82 u 3; Hemossedimentação, 8; Plaquetas, 220.000.

TRATAMENTO QUÍMIO E RADIOTERÁPICO: Em vista do hemograma permitir, foram aplicadas três ampolas, em dias seguidos de Triethilenemelamine (TEM) (10 a 12 de julho de 1958). Como não houve alteração grande do hemograma durante 20 dias, foram aplicadas mais 2 ampolas de TEM (1 e 2 de agosto de 58). A paciente continuou a ser observada durante 30 dias, não se verificando qualquer melhora da sintomatologia. O quadro hematológico alterou-se, tendo havido queda dos leucócitos para 3.800 e das plaquetas para 195.000. O exame radiológico do tórax revelou “numerosas imagens nodulares esparsas nos campos pulmonares”. — Resolveu-se interromper a quimioterapia e tentar radioterapia, principalmente porque a paciente passou a queixar-se de dores na região escapular direita. Foram feitas 23 aplicações de roentgenterapia em “binário tangente oposto de 200 r diários, em 2 campos”. O resultado não foi favorável. Graças a altas doses de corticosteróides as condições hematológicas foram mantidas razoavelmente. Uma radiografia de tórax, feita a 20/11/58, mostrou, além de nódulos em ambos os pulmões, alargamento do mediastino. No mês de outubro a paciente passou a apresentar tosse rebelde e escarros sanguíneos. Seu estado geral foi deteriorando. As dores foram se acentuando até se tornarem insuportáveis.

Em 9/12/58 foi internada de urgência, passando a receber entorpecentes.

ÓBITO: Em 13/1/59, às 23,30 hs., não tendo sido assistida por médico nos momentos que precederam à morte.

DIAGNÓSTICO DO RELATOR

(Dr. Sílvia de Freitas Cavalcanti)

ANATÔMICOS:

- 1) Mixossarcoma recidivado da região escapular direita;
- 2) Metástases pulmonares.

Causa mortis:

Tudo indica que a paciente morreu em virtude das metástases pulmonares.

DISCUSSÃO CLÍNICA

DR. JACYR QUADROS — A primeira radiografia não dá a impressão de que haja recidiva local. Há certo aumento das partes moles, mas a parte óssea remanescente parece não ter nada. Há outra radiografia mostrando metástases pulmonares direitas. A radiografia, tirada dois meses após, mostra, além do aumento dessas metástases, uma pequena imagem, provavelmente metastática, à E. A última radiografia, de 19 de novembro de 1958, mostra metástases nos dois lados dos pulmões. Radiologicamente, porém, este caso perde parte de seu valor porque a radiografia da omoplata com tumor foi tirada fora e não se encontra em nosso poder.

DR. MARINO LAZZARESCHI — Vou fazer apenas considerações de ordem oncológica. Esta paciente foi operada três vezes em três anos, tendo em cada intervenção surgido um diagnóstico anatomopatológico diferente. Houve recidivas com espaço de um ano — portanto, duas recidivas. Sem entrar no mérito da terminologia do primeiro diagnóstico (fibrocondroma), podemos na realidade considerar dois tumores: o condroma de um lado e o mixossarcoma de outro. Portanto, de um lado um tumor benigno e de outro um tumor maligno. Houve, portanto, neste caso, uma transformação sarcomatosa. O condroma evoluiu para mixossarcoma. São esses os aspectos que vamos analisar. Essa transformação sarcomatosa, que é aceita pela maioria e negada por muito poucos, é, às vezes, difícil de explicar, porque o patologista não consegue surpreender sempre a manifestação histológica que poderia fazer essa distinção ou esse diagnóstico da evolução. Isto limita um pouco o valor da Anatomia Patológica e mostra que sempre a Clínica é soberana, porque é esta que vai determinar a evolução benigna ou maligna do processo. Daí a razão pela qual alguns autores preferem uma classificação clínica: tumores benignos, tumores semibenignos e tumores malignos.

O condroma ósseo não é o tipo de tumor

que deva ser colocado no grupo semibenigno, porque não sabemos como vai comportar-se. Embora, histologicamente, possa apresentar-se com tôdas as características de benignidade, um dia podera evoluir para a malignidade. Esta é a primeira parte. Segunda parte: a evolução do condroma para mixossarcoma é um pouco surpreendente, porque hoje se admite que o condrossarcoma seja a contraparte maligna dos tumores benignos da série cartilaginosa. Por outro lado, o mixossarcoma é uma entidade discutida, chegando a ser negada por autores como Stalt e Lichtenstein, embora admitida francamente por outros. É aceita quase às escondidas por autores de nomeada como Ackermann, que escreve no seu livro apenas nove linhas sobre mixomas — entre parenteses, sarcomas — e que de mixossarcoma não diz nada.

O mixossarcoma já fez parte de classificações autorizadas, como dos registros americanos de tumores ósseos, em 1949, mas já foi afastado. Ficou apenas o condrossarcoma como contraparte do condroma. Chegou a ser classificado, eclêticamente, como condromixossarcoma. Observa-se, portanto, que há avanços e recuos, atitudes mal definidas, etc., em relação ao mixossarcoma.

Como se explicariam êsses avanços e recuos? Primeiro, pela presença das famosas áreas mixadas, que aparecem em vários tumores e cuja significação não conhecemos muito bem. Representam elas um processo degenerativo, regressivo, dentro de um tumor, ou representam uma área verdadeiramente tumoral, tão expressiva como um componente fibroso ou como um componente condral ou ósseo?

De modo geral, os mixossarcomas são tratados como primos pobres da patologia, porque, assim que são verificados são classificados como processos regressivos.

Outra razão que explica êsses avanços e recuos é a questão da aproximação, da intimidade morfológica que pode existir entre condroma e área mixomatosa.

Por exemplo, em embriologia, observamos, em determinada fase de evolução, quando o tecido mesenquimatoso está passando para cartilaginoso, que há uma fase intermediária, a fase pré-cartilaginosa. Nesta fase a semelhança morfológica é grande, porque as células cartilaginosas não têm ainda a sua cápsula; estão esparsas na substância fundamental. Também encontramos esta aproximação no desenvolvimento tumoral. Por exemplo, em muitos condromas encontramos áreas em que as células não têm ainda suas cápsulas, estão imersas, como as células do mixoma, numa substância fundamental. Também no condrossarcoma encontramos muitas áreas mixomatosas, em transição a sarcomatosas, e é muito difícil dizer se êste é um tecido ou é outro, porque tôdas as características são, em certas áreas, de um tecido puramente mixomatoso.

Mas êsse parentesco não se limita à morfologia. Vai também à parte histoquímica, porque sabemos que a substância fundamental é constituída, tanto no mixossarcoma como no condrossarcoma, por um muco polissacárico. Êste muco polissacárico é diferente num caso e no outro. São mucos polissacáricos ácidos, ambos, mas um dêles, que é o ácido hialurônico e que compreende a mucina, tem o radical carboxila, enquanto o outro é um éster sulfúrico, de modo que poderiam ser distinguidos quimicamente. Digo "poderiam" porque seria esta a realidade, em condições normais. Mas, em se tratando de um tumor, como um condrossarcoma, que tem áreas mixossarcomatosas, encontramos tantas variações nos elementos figurados (variações de forma, etc.), como também na substância fundamental, que se apresenta em etapas químicas diferentes, sendo difícil provar a presença do ácido hialurônico ou do ácido condroitinsulfônico. O valor duvidoso da histoquímica neste setor é uma suposição que faço, porque não encontrei na literatura trabalho sobre o assunto. Até sugiro ao Departamento de Anatomia Patológica que proceda a pesquisas nesse sentido. Concluindo, teria que aceitar, neste caso, os laudos anatomopatológicos apresentados, no sentido de que um processo benigno, condroma, se transformou num processo maligno, mixossarcoma. Porém, isto foge aos critérios atuais, porque o condroma deveria evoluir para o condrossarcoma. Espero que os patologistas, neste caso possam explicar êsses fatos.

DR. HUMBERTO TORLONI — Queria fazer algumas perguntas ao comentador sobre o caso propriamente dito. Sobre a evolução bastante rápida que êste caso apresentou, está o Dr. Lazzareschi de acôrdo com os diagnósticos feitos em Portugal?

DR. MARINO LAZZARESCHI — Quando me referi àquela transformação sarcomatosa, disse que muitos que não a admitem acham que o tumor é de início maligno. Acontece que a velocidade de evolução é muito variável, porém, de modo geral, sabemos que, nos condromas ósseos, essa evolução é muito lenta. Neste caso, foi rápida demais. Acresce também que no segundo relatório anatomopatológico já há referência a um condroma, porém com aspecto gelatinoso. Isto vem provar que realmente êste caso estava fugindo ao aspecto normal de condroma. De modo que é possível que desde o início êste tumor já fôsse maligno, o que não era muito fácil surpreender histologicamente.

DR. JACYR QUADROS — Estou estranhando um pouco a expressão do Dr. Lazzareschi "condroma" porque parecem habituais no Instituto dois tipos de condroma: osteocondroma e encondroma. Não sei se há critério já estabelecido em anatomia patológica, no sentido de passar a usar essa expressão, generalizando os centrais e os periféricos.

DR. SÍLVIO DE FREITAS CAVALCANTI — Corroborando a hipótese do Dr. Lazzareschi, no sentido de que desde o começo o tumor era maligno, há o fato de que a evolução foi muito rápida.

DR. SALIM ZEQUI — Tenho a impressão de que desde o início era um tumor misto, tendo podido, em várias fases da evolução, predominar êste ou aquêle componente. Em cirurgia naturalmente seria mais fácil a extirpação do componente fibrocondroso, porque é de consistência mais dura. A evolução do tumor, pelo menos depois que a paciente entrou no Instituto, foi a esperada, mesmo porque, tendo tecido condroso e fibroso, seria de esperar que o tumor fôsse muito radiorresistente e quimiorresistente.

DR. LEOPOLDO AMURRIO DE AGUILAR — Queria fazer um comentário a respeito do termo "condroma". Parece que existe um quadro de condroma histologicamente benigno, de evolução clínica maligna, em que a histopatologia jamais irá evidenciar um arranjo histológico maligno, porque esse tumor evolui durante muito tempo. Há recidivas freqüentes, com aparecimento de tumorações de tecido condromatoso, digamos, em todos os lugares normais onde existe tecido condróide. O Dr. Lazzareschi, se possível, poderia esclarecer se neste tipo, em que predomina o conceito clínico de malignidade, poderia haver uma degeneração de tipo maligno, histológico.

DR. MARINO LAZZARESCHI — Em relação ao que foi dito pelo Dr. Jacyr, acho que o caso é muito simples, porque condroma é um tumor e osteocondroma é outro. Este é o conceito que adotamos. São diferentes histologicamente, patologicamente, clinicamente. Entretanto, existem os condromas centrais, que chamo encondromas, e os periféricos, que são os condromas ou tumores corticais. A classificação clássica é essa. Os tumores benignos e osteocondromas estão completamente separados. Não temos uma classificação oficial aqui e seguimos a classificação de Lichtenstein.

DR. JACYR QUADROS — Que se refere aos dois tipos.

DR. MARINO LAZZARESCHI — Ela separa os tumores ósseos, e os benignos estão separados na classificação de Lichtenstein. Agora, quanto à pergunta do Dr. Leopoldo, não a entendi muito bem. Existem condromas que histologicamente são condromas, mas que evoluem clinicamente para a malignidade. Bem. Quando a malignidade está presente, podemos ou encontrar histologicamente estes elementos de malignidade histológica ou podemos não encontrá-los; ou, pelo menos, eles são discretos. É a razão pela qual muitos autores ainda aceitam o condroma maligno: porque histologicamente não se encontram sinais de malignidade e clinicamente ele já produziu até metástases. Há pouco tempo tivemos, na Associação Paulista de Medicina, uma discussão a respeito de um caso apresentado por um assistente do Prof. Maffei, de condroma maligno. Ele não encontrou elementos histológicos de malignidade, mas dois patologistas presentes não tiveram dúvidas de que tais elementos estavam presentes.

DR. LEOPOLDO AMURRIO DE AGUILAR — Eu queria dizer o seguinte: pode-se aceitar diagnóstico clínico de malignidade, sem haver um arranjo histológico de malignidade? Na descrição do presente caso indicava-se o aparecimento de um tumor de tipo histologicamente benigno, num tecido em que a estrutura condróide existe. Depois de extirpado cirurgicamente, apresenta-se em outra região. Isto se deve considerar como uma recidiva ou uma metástase? O quadro geral indicava que havia aparições consecutivas em todos os lugares onde existe normalmente tecido cartilaginoso.

DR. MARINO LAZZARESCHI — Este é outro problema. Como não temos aqui elementos, temos que fazer deduções. Neste caso, a sede do tumor não era óssea. Não temos

elementos para afirmá-lo. Mas temos elementos para deduzir porque, habitualmente, quando se dá a recidiva dos condromas ou osteocondromas, que vão para a malignidade, é no próprio osso que isso se dá. E no caso não se deu isso. Na segunda operação ressecou-se a omoplata, mas parece que foi por garantia, pela proximidade, e não por causa da sede. O restante da omoplata estaria livre do tumor.

DR. HUMBERTO TORLONI — Queria lembrar aos Drs. Jacyr e Lazzareschi o fato de que esses tumores, pelo fato de terem nascimento no arcabouço ósseo, recidivam mais facilmente no osso. Mas tumores como esses assumem um tamanho muito grande nas partes moles e são facilmente enucleáveis, convindo mesmo ao cirurgião menos avisado fazer a enucleação pelos contornos bem nítidos, porque são tumores de tipo expansivo e não infiltrativo. Há a pseudocápsula. O raciocínio de que a recidiva deve dar-se preferentemente no osso não deve ser levado em conta com valor absoluto, porque esses pequenos brotos, em partes moles, podem ser responsáveis por recidivas nas partes moles, como aconteceu neste caso, a meu ver.

Queria fazer outra pergunta ao Dr. Lazzareschi: se na omoplata, que é um osso extremamente chato, anatômicamente, a recidiva teria também a mesma freqüência, como localização, que teria por exemplo na tíbia?

DR. MARINO LAZZARESCHI — A preferência é maior. Os ossos chatos são considerados os piores para a recidiva. São a sede em que a transformação sarcomatosa se dá com maior freqüência. Um fato que deve ser ressaltado é este, entretanto: sempre que há recidiva de um tumor ósseo, é em relação às partes moles, mas fica fixo, aderente, extremamente ligado ao osso que deu origem ao tumor — coisa que não se observou neste caso.

DR. HUMBERTO TORLONI — Infelizmente, também não tivemos notícia acerca do tamanho do tumor, quando da segunda operação.

DR. MARINO LAZZARESCHI — Temos, sim. Medida 10 x 10 x 5 cm.

DR. HUMBERTO TORLONI — Era um tumor avantajado.

DR. JACYR QUADROS — Dos vários tipos de tumores, é o fibrossarcoma o que mais respeita o osso, sendo uma de suas localizações mais freqüentes, a omoplata.

DR. HUMBERTO TORLONI — O Dr. Jacyr tem toda razão, quando se trata de um condrossarcoma clássico, bem diferenciado, com calcificação, o tumor se limita mais ao osso, podendo ser facilmente serrado ou cortado. Se se trata de condrossarcoma, com áreas gelatinosas, a delimitação entre o tumor e as partes moles não se faz com a mesma nitidez.

DR. MARINO LAZZARESCHI — Neste caso o tumor era altamente infiltrativo e de aspecto gelatinoso, quase aquoso.

DR. HUMBERTO TORLONI — Aspecto comum aos condrossarcomas?

DR. MARINO LAZZARESCHI — Não. Comum a certas áreas dos condrossarcomas.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR — Não tenho nada a acrescentar. O Dr. Lazzareschi fez um belo resumo, muito bem detalhado e didático.

DIAGNÓSTICOS ANATOMOPATOLÓGICOS

MOLÉSTIA PRINCIPAL: Condrossarcoma da região escapular direita, operado e irradiado.

DIAGNÓSTICOS ANATÔMICOS: --

- 1) Metástases de condrossarcoma nos seguintes órgãos:
 - a) Cérebro (lobos temporal e parietal direitos);
 - b) Rim direito;
 - c) Baço;
 - d) Pâncreas;
 - e) Fígado;
 - f) Pulmões;
 - g) Pleuras;
 - h) Mama direita;
 - i) Coluna vertebral;
 - j) Esterno;
 - k) Peritônio (parietal e visceral);
 - l) Intestino delgado;
 - m) Diafragma;
 - n) Gânglios.
- 2) Broncopneumonia.
- 3) Enfarte pulmonar recente (lobo inferior do pulmão esquerdo).
- 4) Congestão passiva crônica universal.
- 5) Degeneração albuminosa do parênquima de fígado, rim e miocárdio.
- 6) Hidrotórax bilateral.
- 7) Icterícia obstrutiva (**).

Causa mortis — Insuficiência respiratória.

DISCUSSÃO DA ANATOMIA PATOLÓGICA

DRA. ENNIZE DE MOURA NUNES: — Este caso foi selecionado para a anatomoclínica porque, como os senhores irão ver, teve uma evolução um pouco atípica. O exame histológico revelou tratar-se de condrossarcoma. Os diagnósticos foram os seguintes: a *causa-mortis* foi dada como devida a insuficiência respiratória, porque havia metástases generalizadas nos dois pulmões. Ainda mais, a parte de parênquima não comprometida por processo tumoral estava comprometida por focos de broncopneumonia, edema, congestão e enfarte recente. Como moléstia principal: condrossarcoma da região escapular direita, operado e irradiado.

DR. HUMBERTO TORLONI — Neste caso, portanto, como disse o Dr. Lazzareschi, houve duas recidivas, com três diagnósticos anatomopatológicos distintos. Creio que o único que não está correto foi o por mim assinado: o de mixossarcoma. Realmente, os senhores estão vendo, pelo relatório anatomopatológico, que se faz menção a um tumor bastante indiferenciado, com extensas áreas de substância mucóide, onde são descritas células de morfologia variável, aproximando-se algumas do tipo mixoblástico, mas com uma característica muito interessante: são eosinófilas, enquanto as do mixoma e do sarcoma são nitidamente basófilas.

Este é um caso de um condrossarcoma extremamente indiferenciado, a ponto de ser de difícil classificação. Revi ontem a lâmina que determinou o diagnóstico de mixossarcoma. Desejo agora retificar o diagnóstico. Onde se lê "mixossarcoma" leia-se "condrossarcoma", mas bastante indiferenciado.

A parte interessante deste caso é o comprometimento de quase todos os órgãos, mostrando uma disseminação hematogênica. Viram os senhores o grau de comprometimento bárbaro que apresentou este caso, chamando a atenção o comprometimento renal e, mais especialmente, a invasão do baço. Diz-se que o baço tem muita proteção contra metástases. Isto está escrito no livro de Willis, mas nossa experiência não o está confirmando.

Realmente, o baço é menos freqüentemente atingido, mas não pode tal fato ser considerado como exceção. No caso, seu comprometimento era bastante intenso. Outra eventualidade bastante rara, que se deu também neste caso, é o comprometimento da mucosa intestinal, assumindo o aspecto belíssimo de pequenos pólipos. Ao corte, saiu material gelatinoso. No condrossarcoma estas áreas são cortadas como se corta uma pedra bem verde: a faca range. Neste caso, não adiantava tentar pegar com uma pinça, porque o material se desfazia. E é um material extremamente rico em ácido condroetilsulfúrico. O caso dá o que pensar porque deve conter também grande quantidade de ácido mucoetilsulfúrico. Comparamos vários casos de mixossarcoma com este. Os três casos anteriores têm parentesco entre si. Foi feita uma pequena revisão e, realmente, o diagnóstico de mixossarcoma não se sustém. Foi baseado apenas na anaplasia do tumor. O mixossarcoma é um tumor que, em questão de malignidade, nada fica a dever a este caso. É um dos tumores mais rebeldes que se apresentam: o cirurgião reopera várias vezes e ele vai sempre recidivando. É como se fôsse uma verdadeira gelatina jogada no campo operatório. Onde menos se pensa, a recidiva aparece. Tivemos aqui um caso na mesma região, que faleceu com metástases pulmonares, caso de que o Dr. Lazzareschi deve lembrar-se muito bem.

DR. LEOPOLDO AMURRIO AGUILAR: — Há um fato que chama a atenção: é que esta paciente não tenha apresentado um quadro neurológico, depois do que se viu nesses cortes do cérebro!