

INSTITUTO CENTRAL — HOSPITAL A. C. CAMARGO

São Paulo — Brasil

Diretor : PROF. ANTÔNIO PRUDENTE

201.^a Reunião Anátomo-clínica - (25/6/59)

Carcinoma alveolar do pulmão direito, operado

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

Secretário: **Dr. Humberto Torloni** — Diretor do Departamento de Anatomia Patológica.

Relator: **Dr. David Erlich** — Titular do Departamento de Cirurgia.

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

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

Redator: **Prof. Antônio Prudente** — Diretor do Departamento de Cirurgia.

CASO CLÍNICO (Registro n.º 57.1823)

RESUMO DA OBSERVAÇÃO

S.W.C. — Feminino, polonesa, branca, empregada doméstica, 49 anos.

CONSULTA: — 19-7-57.

QUEIXA PRINCIPAL: — Dor no hemitórax direito, tosse e falta de ar.

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL: — Refere que começou a tossir há 18 meses, surgindo dores no hemitórax direito, ao nível da base, há 11 meses. Logo em seguida passou a sentir falta de ar, que era menos intensa quando se deitava sobre o lado direito. A dor aumentou sem cessar, tornando-se há 6 meses, intolerável. Em abril foi feita uma punção, retirando-se grande quantidade de líquido da cavidade pleural. Nessa ocasião, informaram-na no Hospital das Clínicas que não tinha tuberculose. Sua tosse é seca, não referindo escarros hemoptóicos. Informa ainda que, ultimamente, a dispnéia é de

esfôrço e a dor dá-lhe a impressão de formigamento.

ANTECEDENTES FAMILIARES: — Pai falecido de *ictus* cerebral.

ANTECEDENTES PESSOAIS: — Nos últimos 3 anos, menstruação de tipo menorrágico, 4 partos normais e 1 aborto. Foi operada 2 vezes: amigdalectomia e drenagem de mastite supurada.

EXAME FÍSICO GERAL: — Pêso, 53 kg.; temperatura, 36,8.º; frequência respiratória, 18 p/min. Mucosas descoradas. Estomatite. Lobo esquerdo da tireóide ligeiramente aumentado de volume.

APARELHO CARDIOVASCULAR: — Desdobramento das bulhas. Pressão arterial: 160/80. Pulso 84 por minuto, ritmado.

TÓRAX — APARELHO RESPIRATÓRIO: — 1) Inspeção estática; Tórax assimétrico com retração do hemitórax direito e escoliose destro-côncava; 2) Ins-

peção dinâmica: Movimentos respiratórios assimétricos, com diminuição acentuada da amplitude no hemitórax direito; 3) Palpação: Diminuição do frêmito tóraco-vocal na parte posterior do ápice e abolição nos dois terços inferiores do hemitórax direito. Na parte anterior do hemitórax direito o frêmito é normal até o 4.^o espaço intercostal. No hemitórax esquerdo o frêmito também é normal; 4) Percussão: Macicez nos dois terços inferiores do hemitórax direito e submacicez na parte posterior do ápice. Na parte anterior a sonoridade é normal até o 4.^o espaço intercostal; 5) Ausculta: Ausência do murmúrio na base direita e diminuição na parte média do hemitórax direito. É normal no hemitórax esquerdo; 6) Gânglios linfáticos: diversos em ambas axilas, móveis e indolores.

TORACOCENTESE: — 22-7-57 — Foram retirados 20 cc de líquido amarelo-citrino, que foi enviado para pesquisa de células neoplásicas.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS: — 1) *Radiológico do Tórax:* — Velamento acentuado do hemitórax direito — Desaparecimento do contorno da hemicúpula frênica direita. Aspecto sugestivo de derrame pleural bloqueado; 2) *Citologia do líquido pleural:* — Grande quantidade de linfócitos maduros e normais. Raras células mesoteliais sem atipias. Não foram encontradas células neoplásicas; 3) *Hematológico:* — Leucócitos, 10.000; Metamielócitos, 0; Bastonetes, 3; Segmentados, 63; Eosinófilos, 3; Basófilos, 1; Linfócitos, 25; Monócitos, 8; Hemácias, 4.400.000; Hemoglobina, 13,0 gr. = 86%; Hematócrito, 38%; valor globular, 0,97; volume médio, 86 u 3; hemossedimentação, 33; 4) *Químico do sangue:* — Uréia, 35 mg %; Glicose, 80 mg%; Proteínas, 6,7 gr%; Serina, 3,8gr%; Globulina, 2,9%; Índice S/G, 1,3; 5) *Urina:* — Traços de albumina; regular número de células descamadas e de leucócitos isolados; raras hemácias; 6) *Broncoscopia:* — Nada digno de nota na traquéia e árvore brônquica esquerda; árvore brônquica direita congestionada e edemaciada. Fixação a partir do orifício do brônquio para o lobo médio. Foi feita uma biópsia a este nível, cujo resultado foi: ausência de tumor; 7) *Biópsia pré-escalênica:* — Foram

retirados vários gânglios da fossa supra-clavicular direita; que apresentavam aspecto suspeito de tumor. O exame histológico de 5 gânglios mostra que todos estavam comprometidos por neoplasia glandular maligna, tendo-se feito o diagnóstico de *metástases de adenocarcinoma papilífero*.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: — A 5-8-57.

PRÉ-OPERATÓRIO: — 1) Inalação de penicilina-estreptomicina; 2) Pulmol n.^o 2; 3) Transfusão de 600 cc de sangue; 4) Dieta hiperprotéica e hipervitaminada.

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA: — Em 14-8-57, sob anestesia geral com respiração controlada, foi praticada a pneumectomia direita. Foi feita a toracotomia por ressecção da 5.^a costela. Paquipleuris acentuado. Havia líquido citrino na cavidade pleural. O pulmão estava em colápsio total, aderente ao diafragma. O pulmão foi decorticado, fazendo-se uma biópsia. O exame de congelação deu diagnóstico de carcinoma. Foi então praticada a pneumectomia, fechando-se a cavidade torácica sem drenagem. Perdeu mais ou menos 450 grs. de sangue. Foram transfundidos 1.000 cc de sangue.

EXAME ANÁTOMO-PATOLÓGICO DA PEÇA CIRÚRGICA: — A pleura apresenta-se muito espessada, atingindo em alguns pontos até 1,2 cm. de espessura. No pulmão propriamente dito existem formações nodulares esparsas, principalmente corticais. Na dissecação da árvore brônquica não foi encontrada alteração alguma de aspecto tumoral. Ao corte do pulmão verificam-se nódulos de tamanho variável, atingindo alguns um diâmetro de 2 cm. Foram dissecados vários gânglios do hilo pulmonar, sendo encontrados 5 ou 6, que, macroscopicamente, já mostram sua invasão tumoral.

EXAME MICROSCÓPICO: — Números cortes feitos no parênquima pulmonar revelam a presença de uma neoplasia maligna, que assume um arranjo nitidamente alveolar, em focos múltiplos. As vezes as células tumorais arranjam-se em pequenas projeções papilares alveolares. Em alguns bronquíolos terminais vê-se a origem nítida do tumor. Os gânglios do hilo pulmonar estão invadidos pelo mes-

mo tipo de neoplasia. Não se encontrou a origem do tumor em nenhum brônquio de grande calibre.

DIAGNÓSTICO: — *Carcinoma alveolar do pulmão — Metástases nos gânglios do hilo pulmonar.*

OBSERVAÇÃO: — Numa biopsia pré-escalênica feita anteriormente, foi dado o diagnóstico de “Adenocarcinoma papilífero metastático”. A revisão das lâminas correspondentes nos leva a refundir esse diagnóstico, dando-o como “Metástases de carcinoma alveolar”.

EVOLUÇÃO PÓS-OPERATÓRIA: — Saiu da sala operatória em boas condições, com pressão arterial de 120 x 70 m.m Hg., pulso cheio e boa respiração do pulmão esquerdo. Tomou, no primeiro dia, 1.500 cc de soro glicosado a 5% com vitaminas C e complexo B + penicilina, permanecendo com oxigênio por cateter nasal. Passou bem no 2.º dia, queixando-se apenas de dor na região operada. Surgiu nesse dia menstruação abundante. Introduziram-se 500.000 unidades de penicilina + 0,5 de estreptomicina na cavidade torácica. No 3.º dia apresentou 37,5.º de temperatura, instalando-se um síndrome de Claude Bernard-Horner. Na base do hemitórax esquerdo verificaram-se estertores subcrepitantes de médias e finas bôlhas, havendo macicez a esse nível. Foram retirados 400 cc de sangue do hemitórax direito, injetando-se 1.000.000 de unidades de penicilina e 1 gr. de estreptomicina. A temperatura manteve-se ao redor de 37.º C.

No 5.º dia, o hematológico mostrou 70% de hemoglobina e 28% de hematócrito. Passou mais ou menos bem até o 7.º dia, quando apresentou-se dispnéia, com discreta cianose e dor no hemitórax esquerdo. Foi suspeitada a existência de uma fístula brônquica. Tinha acessos de tosse e escarros hemoptóicos; foi feita drenagem fechada do hemitórax direito, ao nível do 9.º espaço intercostal. Já no 9.º dia estava a paciente melhor, apresentando murmúrio vesicular no hemitórax esquerdo. Entretanto, no 10.º dia, havia novamente macicez na base do hemitórax esquerdo.

No 11.º dia apareceu dor intensa no tórax e temperatura de 38,6ºC. No 13.º dia estava intensamente pálida, com forte dispnéia, frequência respiratória de 40 por

minuto e amplitude respiratória muito diminuída. Nesse dia apresentava estertores crepitantes e roncantes no hemitórax esquerdo. Daí por diante a drenagem passou a funcionar mal, ao que foi atribuído o agravamento das condições da paciente.

No dia 28-8-57 (14.º dia) foi ampliada a drenagem por ressecção da 9.º costela, após verificar radiologicamente um hidropneumotórax à direita. Melhorou um pouco logo depois da drenagem, mas a febre persistia sempre, agravando-se cada vez mais o seu estado geral e apresentando submacicez da base esquerda com estertores subcrepitantes. Novas radiografias mostraram imagens maculares no campo pulmonar esquerdo, fazendo suspeitar de metástases. Durante sete meses o caso evoluiu entre dores torácicas, febre, dispnéia e tosse por acessos. Medidas paliativas de todo o gênero foram tomadas. Foi piorando paulatinamente estando em fins de março de 1958 em franca caquexia.

Faleceu a 11-5-58, depois de um período de intensa dispnéia e delírio.

DIAGNÓSTICOS DO RELATOR

Dr. David H. Erlich

1) DIAGNÓSTICOS ANATÔMICOS:

- a) carcinoma alveolar do pulmão D;
- b) metástases supraclaviculares à D;
- c) metástases pulmonares à E;
- d) broncopneumonia à E.

2) DIAGNÓSTICOS FUNCIONAIS:

- a) anemia;
- b) hipoproteinemia;
- c) insuficiência respiratória mista.

CAUSA MORTIS:

Colápsio tóxico-infeccioso.

DISCUSSÃO CLÍNICA

PROF. BINDO GUIDA FILHO: — O diagnóstico histopatológico da lesão pulmonar desta paciente é “carcinoma alveolar”. A casa por certo encarará este caso com especial interesse porque se trata de um achado relativamente raro.

Dirigi-me à literatura e verifiquei que o primeiro caso publicado data de 1876 e o foi por **Malassez**. A partir desse autor, vários outros publicaram outros casos, como **Musser, Helly, Lohleim, Oberndorf, Rimbaud, Sweany, Weissman, Frissel e Knox, Upensky**. Os autores citados apresentaram um caso cada, até o ano de 1937. Em 1938 **Barros** apresentou o primeiro caso da literatura brasileira, em hospital e revista de Minas Gerais. Posteriormente, em 1956, **Prata** apresentou quinze casos, dos quais oito estudados em diversos serviços de São Paulo, sendo os restantes oriundos de hospital norte-americano. No ano seguinte **Figueiredo e Torloni** publicaram um trabalho com mais alguns casos originais. Assim, na literatura nacional, conseguimos coligar treze casos publicados. Os estrangeiros continuaram relatando novos casos, tendo sido feita uma revisão da literatura por **Storey, Knudtson e Lawrence**, em 1953.

A incidência deste tipo de neoplasia — carcinoma alveolar — relacionada com a de carcinomas brônquicos é de 2,8%. Acredito que com esta revisão da literatura, portanto, está plenamente justificada a vinda deste caso à sessão, porque oferece vários aspectos interessantes.

Passando à discussão do caso, verificamos que na história pregressa consta um raio X de tórax, que acusou a presença de hidropneumotórax e pulmão encarcerado. Dada esta radiografia, foi feita toracocentese, com retirada de 15 cc de líquido amarelo-citrino, não tendo sido encontradas células anaplásicas. A broncoscopia revelou normalidade da traquéia e da árvore brônquica. Mas a biopsia pré-escalênica do lado do pulmão D. acusou metástases de tumor papilífero. Nestas condições resolveu-se fazer a descorticação pulmonar e com surpresa se verificou que a pleura visceral, abaixo da carapaça, estava comprometida. O material retirado nessa ocasião revelou, em exame por congelção, tratar-se de neoplasia. Não se sabia bem se era uma metástase, ou tumor primitivo. Sou contrário à ressecção paliativa do pulmão, e neste caso se tratava, evidentemente, de uma ressecção paliativa. Mas, considerando que o pulmão estava comprometido e considerando também a não expansibilidade pulmonar pela descorticação parcial, concluímos que seria melhor fazer a ressecção, porque a toracotomia já estava feita. No sétimo dia pós-operatório a paciente apresentou fistula brônquica. O material retirado do mediastino e gânglios, que foram enucleados com o pulmão, já estavam comprometidos. Portanto, ficou o tumor no mediastino, permanência esta que justifica o aparecimento de uma fistula brônquica no pós-operatório.

O tratamento foi adequado porque se fez a drenagem logo depois do diagnóstico da fistula. A drenagem foi suficiente durante alguns dias. Foi transformada em costectomia. A paciente evoluiu com períodos de melhora e piora. Mas, já com o diagnóstico histopatológico em mãos, pensou-se numa possibilidade de disseminação para o lado oposto. Somente em dezembro se verificou pela planigrafia que já havia suspeita de lesão controlateral do pulmão. Nesse mês isso foi confirmado plenamente. Não havia mais dúvida: o pulmão res-

tante estava também comprometido pela neoplasma.

Nada temos a objetar quanto à conduta no caso, que foi por mim mesmo orientado. Seria discutível a indicação de ressecção, mas, como já expliquei, em vista da toracotomia já realizada, achou-se mais interessante a extirpação do pulmão.

Passando à discussão genérica do caso, quero lembrar que o diagnóstico de carcinoma alveolar oferece uma série de dificuldades. Em primeiro lugar, do ponto de vista clínico não existe uma história característica, na maioria dos casos, que possa levantar esta suspeita, porque os sintomas relacionados pelos pacientes são, inicialmente, na sua maioria, gerais: febre, anorexia ou fraqueza, sintomas estes que não orientam o médico. Quando inicialmente são relacionados com o tórax, como dor, tosse, dispnéia ou hemoptise, é claro que o assistente é alertado, podendo pensar em comprometimento pulmonar. Mas na maioria dos casos não é fácil levantar-se a suspeita clínica.

O exame radiológico, que tem grande importância nestes casos, pode prestar-se a confusão, porque a radiologia de um carcinoma deste tipo mostra imagens arredondadas de tamanho variável, do tipo que chamamos de miliares, semelhantes às que ocorrem na tuberculose miliar, de tamanho reduzidíssimo, até o comprometimento maciço de um hemitórax ou mesmo dos dois pulmões. Existe, portanto, uma variação muito grande na forma e tamanho, o que se presta a uma série de confusões, por existirem algumas moléstias pulmonares com quadro radiológico semelhante. Lembro por exemplo a tuberculose pulmonar, a micose, a sarcoidose e a silicose. Radiologicamente não podemos fazer uma diferenciação inicial entre as cinco afecções, contando-se entre elas o carcinoma alveolar. Pela história pregressa e pelos exames de laboratório podemos afastar ou confirmar o diagnóstico de tuberculose, micose e silicose. Mas resta o de sarcoidose. Somente a biopsia pré-escalênica positiva poderia levar-nos ao diagnóstico definitivo. Portanto, radiologicamente também é difícil a orientação, ficando sempre o diagnóstico final entre duas hipóteses.

Tem importância a pesquisa de células em líquidos que se acumulam na cavidade ou no pulmão. Na cavidade pleural seria a pesquisa no líquido pleural, que foi feita neste caso com negatividade. Tinha que ser negativa porque se formou uma carapaça de tecido hialino-adiposo. Existem casos nos quais o líquido pleural é positivo para a pesquisa citológica. Quero aliás chamar a atenção para o fato de que o exame negativo não invalida nem confirma a hipótese de que existem células na cavidade pleural. Há casos de tumores do pulmão nos quais a pesquisa de células no líquido pleural é negativa, mas a cavidade pleural já está envolvida de maneira grosseira.

É importante também a pesquisa de células em outros materiais, principalmente no escarro, pela própria situação das células interessadas. Temos então facilidade de encontrar tais células provenientes de descamação. Digo "com facilidade" porque os autores, que fazem referência a essas pesquisas, dizem que o exame pode realmente ser feito

com facilidade. **Papanicolau**, que é a maior autoridade no assunto, chega mesmo a dizer que é possível fazer a diferenciação histológica, afirmando-se que se trata ou não de um carcinoma alveolar. Tem importância portanto esta possibilidade, porque nos doentes que apresentam tosse — não são todos os doentes — é possível que tenhamos esse material de maneira natural, pela simples expectoração. Como isto não é sempre possível, a broncoscopia teria utilidade por permitir a aspiração do material para exame histopatológico. Do ponto de vista endoscópico, para o exame da árvore brônquica, sabemos que o campo visual broncoscópico é muito limitado. Portanto, a indicação da broncoscopia seria única e exclusivamente para colheita de material nos casos de pacientes que não têm expectoração abundante.

Quero ainda chamar a atenção para a importância da biopsia pré-escalênica. Temos, no levantamento realizado no Hospital, a incidência aproximada de 50% de positividade nos portadores de tumores pulmonares; e a estatística feita com dados de vários autores está mais ou menos em torno de 40 ou 50%. Tenho a impressão de que, em se tratando de carcinoma deste tipo, a biopsia pré-escalênica deve dar um índice de positividade maior, porque já está provado, pela evolução dos casos observados, que este tipo de carcinoma compromete rapidamente o mediastino. É muito provável, pois, que em tempo relativamente curto já tenhamos a positividade do exame dos nódulos linfáticos dessa região. No caso presente, isso aconteceu: havia contaminação maciça do mediastino, tendo sido positiva a biopsia pré-escalênica. É claro que, de início, houve uma confusão no diagnóstico, porque foi feito o diagnóstico de um tipo histológico, havendo ulteriormente a devida correção. Acredito que a correção foi possível porque se ofereceu material de maneira abundante, de forma a permitir exame detalhado. Perguntaria portanto à Anatomia Patológica se, de início, poderia ter feito o diagnóstico diferencial, comparando-se o material da biopsia com todo o pulmão e gânglios do mediastino. Porque, se tivesse sido possível de início o diagnóstico de metástases na região pré-escalênica, acredito que a conduta teria sido outra. Isto é importante.

Para terminar, quero fazer referência ao tratamento. No estado atual dos nossos conhecimentos o tratamento para este tipo de tumor do pulmão é o cirúrgico, porque nos casos observados, nos quais foi feita radioterapia, não houve melhora nenhuma no quadro pulmonar e clínico. Aquêles que têm experiência deste tipo histológico consideram que a radioterapia não tem utilidade alguma. Portanto, continua de pé a indicação cirúrgica nestes casos, quando ainda é possível a cirurgia. Na minha opinião, estes casos, em futuro próximo, serão aqueles que se beneficiarão com a aplicação de quimioterapia. É provável que este seja um tipo de tumor favorável para este tipo de tratamento.

Tenho a impressão de que nada mais resta a dizer com relação a este caso. Chamou-se a atenção para a relativa raridade, para a dificuldade existente com relação ao diagnóstico e para o tratamento mais aconselhável. Nada

tenho a acrescentar às hipóteses feitas pelo Dr. David. Estou de acordo com todas elas.

DR. OSWALDO PERES: — A respeito dos comentários que o Dr. Bindo fez quanto à indicação do tratamento irradiante no carcinoma alveolar, queria fazer umas considerações. Frequentemente as lesões desses carcinomas são corticais, localizam-se na periferia do pulmão. Sendo uma lesão localizada, já que se assesta na corticalidade do pulmão, presta-se bem ao tratamento irradiante, porque é possível fazer-se uma irradiação dirigida, com sucesso. Quanto à radiosensibilidade das lesões dos carcinomas pulmonares, formei a impressão, pelo que tenho lido a respeito, de que essa radiosensibilidade é igual à dos diferentes tipos de carcinomas que se localizam em outras regiões do pulmão. Mas frequentemente as lesões são múltiplas. E as lesões, quanto mais periféricas, mais facilidade têm de dar metástases ao mediastino e à distância. Desde que a lesão é localizada, acho que, do ponto de vista radiopatológico, merece ser irradiada, podendo ter sucesso esse tratamento. Quando disseminada, acho que a conduta tem que ser realmente a pneumectomia, seguida de tratamento com os quimioterápicos.

DR. LEOPOLDO AMURRIO DE AGUILAR: — Queria comentar um aspecto do problema da localização deste tipo de tumores. Praticamente num carcinoma de tipo alveolar não existe o conceito de localização, porque ele tem a disposição geral acomodada ao epitélio alveolar e, como tem ampla capacidade de comunicação, geralmente se torna muito extenso, às vezes tomando o aspecto de uma casca sobre a superfície, sem atingir muito o parênquima. Por outro lado, este tipo de tumor tem dificultado o diagnóstico histológico — é o único tumor carcinomatoso que apresenta esta dificuldade — pela pouca drenagem brônquica e pela pouca espoliação para a cavidade pleural. Um exame histológico bem conduzido esclareceria muito, inclusive melhor que as radiografias, em outros tipos pulmonares.

DR. OSWALDO PERES: — Queria pedir ao Serviço de Anatomia Patológica que estabelecesse o conceito preciso de carcinoma alveolar. Pelo que me parece, essa denominação não deve ser empregada. Não existe carcinoma de alvéolo e sim de bronquíolo terminal.

DR. ELOY PARISI: — Queria fazer um comentário apenas à parte final da evolução do doente, tendo em vista as radiografias pós-operatórias e principalmente a que tenho em mãos. A impressão que tenho é a seguinte: esta doente teve uma insuficiência respiratória, que parece, foi progressiva nos últimos dias. O carcinoma alveolar pode dar uma disseminação deste tipo, semelhando à tuberculose. A insuficiência respiratória teria sido por essa disseminação brutal. Pelo menos é o aspecto radiológico. Esse aspecto não é tanto de processo broncopneumônico, senão mais de metástases mesmo, mas numa extensão enorme. Toma todo o campo pulmonar. É possível que houvesse algum foco de broncopneumonia, mas o aspecto é mais de metástases muito disseminadas.

nadas, que teriam levado à insuficiência respiratória final.

DR. HUMBERTO TORLONI: — Prof. Bindo, o doente refere uma dispnéia progressiva a partir da entrada no Hospital, dispnéia progressiva esta que fica só na base desse encarceramento.

PROF. BINDO GUIDA FILHO: — Primeiro vou responder ao Dr. Peres. Tive a impressão, pela pergunta feita, de que há uma confusão na questão da conduta. Atualmente, não tenho dúvidas, uma das melhores armas para tratamento de câncer do pulmão é a cobaltoterapia. Temos tido casos brilhantíssimos, que nos convencem completamente. Mas, para dar uma idéia dos resultados neste tipo de tumores, preferi ficar na citação dos autores, que dizem ser ineficaz a radioterapia. Isto foi em 1956. Tenho a impressão de que a radioterapia é contra-indicada de maneira formal em carcinoma alveolar, em casos constatados histopatologicamente.

DR. OSWALDO PERES: — O que eu disse foi o seguinte: uma lesão de carcinoma alveolar, desde que seja localizada e já que as lesões são sempre da periferia do parênquima pulmonar, poderá ser irradiada provavelmente com sucesso. Na clínica sucede que essas lesões são múltiplas, assemelhando-se a um processo tuberculoso. Essas lesões se disseminam pelo pulmão oposto e são múltiplas, às vezes, num mesmo pulmão. Na presença de um caso destes a radioterapia nada pode fazer. Mas, desde que a lesão seja localizada, há possibilidade de sucesso pela irradiação. A radioterapia não faz milagres. Só tem sucesso quando consegue englobar a lesão primária e a região de drenagem. Se o carcinoma alveolar responde à irradiação quando localizado, é impossível, quando disseminado, irradiar os dois pulmões, sendo o insucesso sempre esperado.

PROF. BINDO GUIDA FILHO: — Respondo a outros comentários de maneira global. Em primeiro lugar, qual o benefício de uma cirurgia neste caso?

Com uma radiografia, com dispnéia e uma queixa vaga de dor torácica, esta paciente foi encaminhada para este Hospital. Fizemos os exames de rotina: broncoscopia e biopsia pré-escalênica. Esta acusou metástase de um provável tumor do aparelho digestivo. Nosso raciocínio foi o seguinte: mesmo sem considerar a lesão primitiva, que seria no estômago ou em qualquer outro lugar, tínhamos esse problema torácico, causando desconforto para a paciente. Para nós havia um pulmão encarcerado. No tratamento, para melhorar os sintomas e recuperar a capacidade respiratória, se impunha a descorticação pulmonar. Pretendíamos corrigir essa parte. É claro que se soubéssemos de início que a metástase supraclavicular era do tumor do pulmão, não teríamos indicado a cirurgia. Na ocasião da descorticação pulmonar, surpreendemos lesões grosseiras em quase todo o pulmão. Então foi transformado o plano cirúrgico: de descorticação passamos para uma pneumectomia, porque ficamos sabendo que havia neoplasia, metastática ou não, com comprometimento grosseiro do mediastino. Estava então indicada

a extirpação, porque o pulmão não se expandia mais. O benefício da cirurgia radicava em se extirpar o pulmão lesado e inexpandível. Com relação à dificuldade do diagnóstico, vejamos os senhores esta radiografia que foi feita quando já se suspeitava de comprometimento também do outro pulmão, porque a dispnéia se agravava progressivamente.

Sabemos que neste tipo de tumor se dá de maneira rápida o comprometimento do mediastino e do pulmão do lado oposto. Verificando-se esta radiografia, qual a hipótese que se faz de início? Tuberculose pulmonar, micose, silicose ou sarcoidose. Isto demonstra a dificuldade do diagnóstico. Só podemos pensar em carcinoma alveolar quando o comprometimento é bilateral. A pergunta tem pois razão de ser, porque o pulmão apresentava-se deste jeito.

DR. DARDO RENE GHISI: — Qual teria sido a causa do encarceramento do pulmão?

PROF. BINDO GUIDA FILHO: — Não conseguimos esclarecer. Provavelmente as próprias células tumorais comprometeram a pleura, provocaram um derrame, formando-se a carapaça que encarcerou o pulmão, impedindo que as células caíssem no líquido pleural. Mas não havia dúvida de que o pulmão estava encarcerado.

DR. HUMBERTO TORLONI: — Havia uma pergunta minha para o Prof. Bindo responder.

PROF. BINDO GUIDA FILHO: — Realmente. A dispnéia foi progressiva, como acontece nestes casos em que se dá a tomada pulmonar progressiva pela disseminação das células. Quanto à questão do esvaziamento do mediastino, noto na ficha que no segundo dia pós-operatório a doente apresentou uma síndrome de **Claude Bernard** que não pode ser atribuída à cirurgia. Se a paciente tivesse esperado dois dias para ser operada, não o teria sido mais, porque estava com comprometimento grosseiro do mediastino. Seria mais uma contra-indicação para a cirurgia.

DR. HUMBERTO TORLONI: — O Dr. Peres fez uma pergunta sobre o conceito anatómopatológico de carcinoma alveolar.

DRA. ENNIZE DE MOURA NUNES: — Queria fazer uma pergunta também ao Dr. Torloni, que tem experiência de câncer de pulmão. Se o patologista tiver uma biopsia pré-escalênica, não conhecendo a história clínica de uma doença pulmonar, e se encontrar com essa biopsia uma metástase alveolar, poderá pensar em carcinoma alveolar?

DR. HUMBERTO TORLONI: — Essa pergunta foi feita também pelo Prof. Bindo no laboratório, hoje de manhã. A biopsia foi feita, em 1957, por um ex-residente do Serviço. Descreveu ele um revestimento de tipo acinar e citoplasma eosinófilo. Se fosse um tumor do aparelho digestivo, o citoplasma das células deste aparelho, pela maior ou menor quantidade de mucina apresentada, poderia ser basófilo. Mas o carcinoma alveolar também pode ser mucíparo.

A pergunta da Dra. Ennize é difícil de responder. Depois dessa publicação, na qual são

relatados quatro casos, tivemos mais dois ou três casos de biópsia e autópsia. Vemos que o caráter desses tumores é muito frisante, podendo uma biópsia pré-escalênica levar à suspeita de carcinoma alveolar do pulmão. No caso presente o que faltou ao patologista que viu a primeira lâmina, foi realmente ter pensado em carcinoma alveolar. Esta possibilidade de suspeição comunicada ao clínico faria com que não se capitasse de uma metástase do aparelho digestivo. O patologista não suspeitou de carcinoma intra-alveolar. Poderia ter suscitado.

Quanto à questão do conceito anátomo-patológico de carcinoma alveolar, ficou demonstrado por vários trabalhos da literatura que realmente o carcinoma chamado alveolar tem sua origem no bronquíolo terminal. O bronquíolo terminal perde suas características de revestimento epitelial à medida que se vai diferenciando em sacos alveolares e alvéolos. O tumor nasce nesses bronquíolos. No trabalho publicado pelo Dr. Figueiredo e por mim, tivemos ocasião de constatar a origem multicêntrica multialveolar deste tumor, o que é uma contra-indicação ao tratamento radioterápico. O fato de o tumor ser isolado, com foco único, tivemos-lo apenas uma vez. Era um tumor de ápice de pulmão e media 4 cm. O exame por congelação deu a suspeita de adenocarcinoma também. Depois o exame da peça revelou tratar-se de carcinoma alveolar.

A grande maioria de tumores deste tipo é multicêntrica e de origem alveolar. A falta de um tumor macroscopicamente visível, com a característica que exhibe o tumor broncogênico, deve fazer o clínico, o patologista e o cirurgião pensarem num tumor dessa origem, portanto, tumor cortical. Este aspecto de encarceramento pulmonar, que já foi visto por nós em muitos casos, é bastante sugestivo. Com a peça cortada, o aspecto do pulmão lembra o de uma pneumonia gelatinosa. No laboratório de anatomia patológica do Hospital das Clínicas o Dr. Luciano Prata reviu tanto os casos de lá como os daqui, encontrando uma série de casos sob o nome de pneumonia carcinomatosa. Tudo isto fala em favor de um tumor extensamente infiltrativo, devido à sua origem multicêntrica, e com a característica clínica de grande agressividade. A dispnéia progressiva é bem explicada devido ao fato de o revestimento alveolar estar completamente substituído pelas células tumorais, que não permitem que a oxigenação se faça nas condições normais exigidas pelo pulmão.

Se me derem uma lâmina de biópsia pré-escalênica de um caso de carcinoma alveolar, sem nenhum outro dado, poderei apenas suspeitar; não teria elementos para dar um diagnóstico de certeza.

PROF. BINDO GUIDA FILHO: — Queria responder a mais uma pergunta: se era possível suspeitar outra coisa na radiografia inicial. Não era possível porque o pulmão estava encarcerado, com uma carapaça fibrosa extensa. Não havia possibilidade de sabermos o que poderia haver naquele parênquima pulmonar.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — A discussão deste caso demonstra haver grande interesse científico sobre este tipo de tumor.

Pelo que conheço da literatura e pelos poucos casos de carcinoma alveolar que consegui ver, formulei um conceito algo diferente daquele expresso pelo Prof. Bindo. Acho esta uma doença extremamente grave, pelo fato de se tratar de um tumor inicialmente bem localizado e que abrange de maneira muito rápida diversas regiões de um mesmo pulmão e, muito freqüentemente, de ambos os pulmões. Assim, penso que a solução cirúrgica, para os casos isolados, bem localizados, terá pouca oportunidade. Continuo a achar este um tumor de alta malignidade, não acreditando que, mesmo com a quimioterapia, possamos ter um sucesso bastante satisfatório. E isto em virtude das características histológicas desse tumor. É uma população celular extremamente grande, muito extensa e muito volumosa, dentro da qual a impregnação do quimioterápico, por via sanguínea, terá muitas dificuldades.

Enfim, esta é uma suposição de ordem teórica. Não tenho ainda prática a respeito, em virtude da pouca freqüência destes tipos de carcinomas intra-alveolares.

A discussão foi altamente científica. Principalmente os comentários do Prof. Bindo foram muito bem feitos, do ponto de vista clínico. Eu me permitiria colaborar com ele e insistir sobre as dificuldades do diagnóstico etiológico nas doenças do pulmão. Devemos guardar para o nosso conceito, no trabalho diagnóstico, que o diagnóstico etiológico das afecções pulmonares, quaisquer que sejam, sempre é muito difícil. Nunca devemos adiantar a etiologia de determinada doença do pulmão sem ter em mãos os dados de laboratório perfeitamente claros e bem definidos. Não é possível pelas sombras, pelo tamanho de sombras, pelos aspectos diversos que a radiologia nos possa dar, fazer o diagnóstico desta ou daquela etiologia. Sempre encontraremos erros graves, toda vez que procuramos estabelecer a etiologia baseados em determinado aspecto radiológico. O Dr. Bindo disse aqui que as imagens se assemelhavam à pneumoconiose, à blastomicose, às diversas micoses, à sarcoidose, etc. Eu acrescentaria a histoplasmose pulmonar e as pneumonias viróticas, que podem dar o mesmo aspecto.

DIAGNÓSTICOS ANÁTOMO-PATOLÓGICOS

MOLÉSTIA PRINCIPAL: — Carcinoma alveolar do pulmão D. operado.

DIAGNÓSTICOS ANATÔMICOS: —

Metástases de Carcinoma alveolar:

- a) Pulmão E. (disseminação miliar);
- b) Pleura visceral e parietal E. (linfangite carcinomatosa);
- c) Cavidade torácica D. (todo o espaço antes ocupado pelo pulmão D. estava preenchido por massa tumoral);
- d) *Plateau* esternal;
- e) Diafragma (D e à E);
- f) Fígado;

- g) Rins;
- h) Gânglios mediastinais;
- i) Supra-renais;
- j) Pâncreas;
- k) Coluna vertebral.

Miccardioesclerose.

Arterioesclerose da aorta (torácica e abdominal).

Artério-arterioloesclerose renal.

Artério-arterioloesclerose esplênica.

Fibroleiomioma do útero.

Ausência cirúrgica do pulmão D.

CAUSA MORTIS: — Insuficiência respiratória.

DISCUSSÃO DA ANATOMIA PATOLÓGICA

DRA. ENNIZE DE MOURA NUNES: — Este caso foi selecionado para esta reunião anátomo-clínica unicamente por se tratar de uma neoplasia não muito freqüente e que, portanto, poderia suscitar discussões de ordem clínica. Trata-se, de fato, de carcinoma alveolar ou bronquiolar, que se comportou de maneira altamente maligna, como costumam comportar-se tumores desse tipo, dando metástases para o pulmão E. (disseminação miliar), para a pleura visceral e parietal EE, para a cavidade torácica D., isto é, todo o espaço antes ocupado pelo pulmão D. estava ocupado por essa proliferação neoplásica. Deu metástases ainda para o **plateau** esternal, para o diafragma, para o fígado, para os rins, gânglios do mediastino, para as duas glândulas supra-renais, para o pâncreas, etc.

Encontramos artério-arterioloesclerose, miccardioesclerose e mioma do útero. Não havia processo inflamatório nem no próprio pulmão, a não ser em algumas áreas, por necrose. Mas fenômenos de broncopneumonia não foram encontrados.

DR. HUMBERTO TORLONI: — Durante a projeção fiz uma pergunta sobre a sombra porque nos casos de câncer do pulmão é muito freqüente a metástase cerebral. Não é necessário tratar-se de carcinoma alveolar.

DR. JOSÉ BATISTA DA SILVA NETTO: — Existe algum característico histológico especial para diferenciar o chamado carcinoma alveolar de um carcinoma periférico comum? Não entendo bem a raridade desse tipo tumoral, porque o carcinoma periférico do pulmão não é tão raro. Não sei se há alguma diferença histológica.

DR. HUMBERTO TORLONI: — As estruturas que estão na periferia do pulmão são: alvéolos, bronquíolos e pleura. Os tumores da pleura têm comportamento clínico à parte. Sobram alvéolos e bronquíolos. Os comumente chamados alveolares são realmente bronquiolares. Fora isto, podemos ter outros tumores, tumores propriamente corticais; a

grande maioria dos tumores que nascem na córtex do pulmão são do tipo bronquiolar. No entanto, pode-se ter na córtex do pulmão um carcinoma espino-celular. Basta que as células tenham uma metaplasia espino-celular, espino-escamosa. Mas os carcinomas primários, isolados, alveolares, do pulmão, a meu ver, são raros. Embora não tenha muita experiência a respeito, posso dizer que carcinomas primários do pulmão são raros. Do ponto de vista histológico pode-se ter um mesotelioma alveolar, um carcinoma de alvéolo. Não existe carcinoma primário cortical isolado.

DR. JOSÉ BATISTA DA SILVA NETTO: — Há pouco tive conhecimento da experiência do Dr. Zerbini, que se baseia em mais de 400 casos de câncer de pulmão e não achei tão raro o número de carcinomas periféricos, referidos por ele.

DR. HUMBERTO TORLONI: — Certo: periféricos. Abra-se uma chave incluindo o carcinoma alveolar no tipo periférico. A incidência de 2,8% se refere apenas ao carcinoma alveolar, que é um carcinoma raro. A peça operatória tinha aspecto de metástase. Duvido muito que, na ocasião da operação, já não se tivesse notado invasão no outro pulmão. Por isso lastimo não estar aqui a radiografia.

PROF. BINDO GUIDA FILHO: — Radiologicamente, não. A planigrafia feita em novembro ainda mostrava um pulmão esquerdo normal.

DR. ELOY PARISI: — Eu havia dito que, a meu ver, havia uma disseminação intensíssima tumoral, e não broncopneumonia. Realmente, acho que, juntando a propedêutica física à radiologia, explicamos melhor as coisas. O doente tinha estertores subcrepitantes e submacicez bem evidentes. Ora, se existisse broncopneumonia, provavelmente se teriam ouvido, já com esta disseminação, estertores crepitantes também. E o doente não os apresentava. Tenho visto com bastante freqüência, assim como o Prof. Bindo, que essas metástases disseminadas não dão estertores crepitantes. Assim, este é um caso muito importante para que apreciemos o valor da propedêutica física como complementação. Sabendo que há submacicez, estertores subcrepitantes e não crepitantes, o radiologista pode ficar na dúvida. Acho que o clínico tem melhores elementos para fazer esse diagnóstico.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE: — Quero chamar a atenção da casa para um trabalho apresentado em Londres, no ano passado, por **Kreiberg**, professor de Anatomia Patológica em Oslo. Segundo ele, o conceito de carcinoma do pulmão tem que ser dividido em duas entidades nosológicas: uma, que é carcinoma broncogênico mesmo, e outra, que é o carcinoma chamado alveolar, cortical, periférico. Porque, do ponto de vista etiológico, tanto experimentalmente como pelos levantamentos estatísticos feitos com os chamados agentes carcinogênicos de origem química, como o próprio tabaco e os elementos oriundos da poluição do ar, são de origem completamente diferente. Nessas condições, não se consegue pro-

vocar em animal nenhum carcinoma alveolar. O carcinoma alveolar tem uma origem muito ligada à irradiação. Na Alemanha, na Silésia, onde existem minas de cobalto, é onde se nota uma incidência maior.

Também no que se refere à evolução, acha o autor citado que ela é completamente diferente num tipo e no outro. Por isso é que dizem duas doenças. O carcinoma broncogênico em geral é unifocal, enquanto o bronquiolar ou alveolar é multifocal. E esta característica, para a qual o Dr. Torloni chamou muito bem a atenção, deve fazer-nos pensar muito na orientação clínica e terapêutica, porque é realmente um carcinoma que tem — e este talvez seja um dos aspectos mais importantes — uma patologia especial, talvez por ser multicêntrico. Não porque o tumor, pela sua própria forma, facilite isso. Mas é esse

aspecto que deve merecer a atenção da casa. São duas doenças completamente diferentes, isto é, não existe um só câncer do pulmão, no sentido epitelial. São dois cânceres de pulmão, em todos os sentidos, desde a etiologia até a terapêutica.

DR. HUMBERTO TORLONI: — O carcinoma broncogênico de médios e grandes bronquios pode ser o espino-celular corneificado ou não, o adenocarcinoma ou o carcinoma de pequenas células. Estes três tipos formam o grupo do carcinoma broncogênico. Afora esses, há os tumores corticais, que são de outro grupo, pouco representativo, mas de alta malignidade.

Esse trabalho do Prof. Zerbini, referido pelo Dr. Batista, é muito interessante. Seria entretanto muito importante que ele o fizesse do ponto de vista anátomo-patológico e não só clínico.