

INSTITUTO CENTRAL — HOSPITAL A. C. CAMARGO

São Paulo — Brasil

Diretor : PROF. ANTÔNIO PRUDENTE

205.^a Reunião Anátomo-clínica - (27/8/59)

Carcinoma alveolar do pulmão com disseminação metastática generalizada

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

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

Relator: Dr. Enrique Constantin — Re-
sidente.

Comentarista: Dr. Renato de Araujo Cintra
— Chefe do Serviço de Radioterapia.

Necroscopista: Dra. Ennize de Moura Ra-
mos — Residente de Anatomia Patológica.

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

CASO CLÍNICO (Registro n.º 59.0464)

RESUMO DA OBSERVAÇÃO

M. R. R. — 57 anos, feminino, branca, espanhola.

CONSULTA: — 12/2/1959.

QUEIXA PRINCIPAL: — Há 1 ano dores na região sacra; há 4 meses, paraplegia.

ANTECEDENTES FAMILIARES: — Nada refere de importante.

ANTECEDENTES PESSOAIS: — Refere apenas doenças peculiares à infância.

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL: — Há cerca de um ano começou a sentir dores na região sacra, que foram aumentando progressivamente. Consultou um médico, o qual orientou seu tratamento baseado no diagnóstico de reumatismo. Não obteve melhora, notando que a região se avolumava, tomando o aspecto de um

tumor. Há 4 meses instalou-se uma paraplegia, acompanhada de dificuldade de micção e constipação.

EXAME FÍSICO GERAL: — Aspecto regular — Mediolíneo — Facies atípica — Inúmeras falhas dentárias, defeitos de implantação, higiene bucal regular. Pele e mucosas descoradas.

APARELHO RESPIRATÓRIO: — Respiração costodiafragmática; frequência respiratória de 20 por minuto; boa amplitude e intensidade respiratória; frêmito toracovocal presente e normal; murmúrio vesicular normal; ausência de estertores, roncos e sibilos.

APARELHO CIRCULATÓRIO: — *Ictus cordis* impalpável — Frequência cardíaca de 120 por minuto, com ritmo normal. Bulhas cardíacas audíveis e normais

em todos os focos. Pressão arterial: Mx. 12,5 — Mn. 7 — Pulso: 120 p.m.

ABDOMEN: — Não existem saliências anormais, nem circulação colateral. A palpação é prejudicada por não poder a paciente permanecer em decúbito dorsal. Há hipertimpanismo e dor à pressão.

EXAME PÉLVICO: — Feito em condições precárias. Ao toque vaginal: útero em ante-versão-flexão móvel, anexos e paramétrios livres, sente-se um abaulamento na face anterior do sacro. Ao toque retal palpa-se melhor o abaulamento sacro.

EXAME REGIONAL: — Na região sacra há um tumor, formando uma saliência regular, dura, lisa, ocupando toda a área correspondente ao sacro. Paralisia completa de ambos os membros inferiores. Fratura do fêmur esquerdo e do colo do úmero direito.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: — Em 12/2/1959. Imediatamente foi colocada uma sonda vesical de demora, administrando-se analgésicos.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS: — 1) *Radiológico:* — Destruição quase completa do sacro, destruição parcial dos ísquion esquerdo, lesões osteolíticas na região parietal direita, áreas de osteólise nos fêmures e ísquion direito, fraturas patológicas do colo e do terço médio do fêmur esquerdo, com grande área de osteólise e reação do perióstio, fratura patológica do colo umeral direito; hidronefrose direita e compressão extrínseca da bexiga; tórax normal; esôfago, estômago, duodeno e trânsito intestinal sem alterações radiológicas; 2) *Hematológico:* — Leucócitos, 17.200; N. Bastonete, 14; N. Segmentado, 56; Eosinófilos, 1; Basófilos, 0; Linfócitos, 24; Monócitos, 5; Hemácias, 4.250.000; Hemoglobina, 12%; Hematócrito, 33%; Valor Globular, 0,95; Volume Médio, 78 u 3; Hemossedimentação, 124; Plaquetas, 295.000; 3) *Químico do Sangue:* — Uréia, 50mg%; Glicose, 140 mg%; Proteínas totais, 6,1 gr%; Serina, 2,1 gr%; Globulina, 4,0 gr%; Índice S/G 0,5; Fósforo, 5,5 mg%; Fosfatase alcalina, 7,7; Unidade Bodansky %; Cálcio, 10 mg%. 4) *Mielograma:* — Medula normo-celular, sem alterações qualitativas em qualquer série; 5) *Eletroforese:* — Acentuada baixa da fração albumina; aumento acentuado das frações alfa 1 e alfa 2 e discreta da fração beta. 6) *Urina:* — Sem alteração; Sedimento com raras hemácias; Benes-Jones, negativo. 7) *Biopsia da região sacra:* — Neoplasia epitelial maligna bastante indiferenciada; as células tumorais são de tipo cúbico, dispondo-se em fileiras pseudo-estratificadas e como que delimitando acinos. Conclusão: — Metástase de carcinoma (impossível determinar a localização primária do tumor).

EVOLUÇÃO: — Desde a internação o quadro clínico evoluiu sem alterações apreciáveis. Apresentou alguns surtos febris, tendo a temperatura atingido 39,5° C. Apresentava dores em várias partes dos membros, de intensidade variável. A medicação consistiu em analgésicos e laxantes. A paciente foi encaminhada para novos exames, na tentativa de estabelecer a sede do tumor primitivo.

EXAME GINECOLÓGICO: — Negativo. Apenas se verifica a saliência do tumor sacro.

EXAME FÍSICO GERAL: — Nada se encontrou que sugerisse a localização do tumor primitivo.

NOVA SÉRIE DE EXAMES SUBSIDIÁRIOS: — 1) — *Urografia:* — Hidronefrose direita. 2) *Urograma:* — Comportamento radiológico normal de ambos os rins; 3) *Radiológico do estômago e duodeno:* — Ausência de lesões gastroduodenais; 4) *Radiológico do esôfago:* — Ausência de lesões orgânicas; 5) *Trânsito intestinal:* — Normal. Ausência de lesões do intestino delgado. 6) *Cultura de urina:* — Presença de *Proteus Morganii* e *Streptococcus sp.*; 7) *Hematológico:* — (6/4/59) — Leucócitos, 9.700; N. Bastonete, 5; N. Segmentado, 58; Eosinófilos, 1; Basófilos, 0; Linfócitos, 30; Monócitos, 6; Hemácias, 3.500.000; Hemoglobina, 74%; Hematócrito, 29%; Valor Globular, 1,0; Volume Médio, 82 u 3; Hemossedimentação 62; Plaquetas, 280.000. 8) *Biopsia da lesão umeral:* — Metástases de adenocarcinoma.

TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO: — (11 a 14/4/59) — Como não se conseguisse estabelecer a sede do tumor primitivo, resolveu-se iniciar tratamento quimioterápico. Foram feitos 5 mgrs. de

mostarda nitrogenada (NH₂) durante 4 dias seguidos. Ao mesmo tempo foram administradas 32 mgrs. de Triamecinolona por dia.

EVOLUÇÃO: — Não houve melhoria. Ouvido o ortopedista opinou que não compensava fazer um grande gessado nem uma operação de síntese óssea. Assim sendo, o membro inferior esquerdo foi colocado em goteira, encaminhando-se a paciente para tratamento local radioterápico, que consiste em 8 aplicações de 300 r na região correspondente ao colo do fêmur E. Nessa ocasião (30/4/59) iniciaram-se transfusões de sangue, num total de 2.600 grs. Houve acentuada melhoria da dor ao nível do fêmur E. Alguns dias depois apareceram dores no membro inferior D, principalmente ao nível da coxa. Restabeleceu-se o tratamento com 32 mgrs. diárias de Triamecinolona, usando-se também Irgapirin e Complexo B. A paciente continuou com variações na sua sintomatologia, tendo, entretanto, melhorado das dores. Apesar dos exames hematológicos apresentarem uma anemia progressiva, com 3.000.000 de hemácias, 60% de hemoglobina e 25% de hematócrito, em 15/6/59, resolveu-se tentar novo tratamento quimioterápico com outra droga. Passou a tomar Sarcoclorin, na dose diária de 10 mgrs., atingindo um total de 300 mgrs.

O seu estado geral foi deteriorando cada vez mais, apresentando surtos febris, dor constante nas pernas e fraqueza. Os quadros hematológicos sucessivos foram espelhando a queda de suas condições gerais. Em 22/7/59 apresentava apenas . . . 2.350.000 hemácias, 40% de hemoglobina, 21% de hematócrito e 2.300 leucócitos.

Em 5/8/59 faleceu.

DIAGNÓSTICOS DO RELATOR

Dr. Enrique Constantin

DIAGNÓSTICOS ANATÔMICOS:

- 1 — Adenocarcinoma primitivo do
 - a) rim?
 - b) pulmão D.?
- 2 — Metástase:
 - a) sacro;
 - b) úmero D;

- c) ísquion;
 - d) fêmures;
 - e) parietal D;
 - f) reto?
 - g) vagina?
 - h) bexiga?
 - i) vértebras lombares?
 - j) comprometimento medular?
 - k) comprometimento dos plexos lombar e sacro?
 - l) hepáticas?
- 3 — hidronefrose D;
- 4 — pielonefrite.

DIAGNÓSTICOS FUNCIONAIS:

1. anemia
2. insuficiência funcional hepática
3. paraplegia
4. leucopenia medicamentosa
5. hiperglicemia medicamentosa

“CAUSA MORTIS”

- 1 — caquexia cancerosa;
- 2 — broncopneumonia?

DISCUSSÃO CLÍNICA

DR. RENATO A. CINTRA: — Acho que com relação a este caso não há muitos comentários a serem feitos, porque o interesse maior residiria na pesquisa do tumor primitivo. É um caso que me parece ter sido bem estudado do ponto de vista de pesquisa mediante radiografias do tórax, radiografias do estômago, do duodeno, do esôfago, dos rins, etc. Mas há uma falha grande, quanto a interrogatório. Não foi feito um bom interrogatório neste caso, e talvez o interrogatório nos pudesse orientar muito mais, principalmente se versasse sobre qualquer alteração do aparelho urinário há tempos passados.

Outra coisa que chama a atenção é que a propedêutica abdominal não pôde ser bem feita. A própria ficha diz que não foi bem feita porque, sendo a paciente portadora de tumor de sacro, estaria em decúbito ventral, de maneira a dificultar a palpação abdominal.

No que respeita aos diagnósticos, estou de acordo com o Dr. Enrique, na ordem de frequência de tumores que dão metástases ósseas. Já que foi excluída aqui, especificamente, a mama, bem como foi excluído o estômago, acho que devemos ficar com a hipótese mais provável de tumor do rim, principalmente porque o rim dá metástase de preferência em fêmur, úmero e sacro. Além do mais, a paciente apresenta, como um dos poucos exames de resultado positivo, uma hematúria microscópica. No relatório da radiografia diz-se que o rim D não foi muito bem visualizado, de maneira que não há estudo bem fei-

to desse rim. Eu ficaria então com o diagnóstico de adenocarcinoma do rim.

Acho que quanto a adenocarcinoma do pulmão poderá ficar interrogado. Poria o rim em primeiro lugar. Quanto aos outros diagnósticos, as metástases são evidentes. Como **causa-mortis** poria a caquexia cancerosa e, no lugar de broncopneumonia, acrescentaria a pielonefrite, porque a paciente tinha cultura de urina positiva e apresentava aquele tipo de febre com elevação diária à tarde.

Parece que a única coisa evidente que se tem pelas radiografias é a disseminação metastática óssea generalizada.

DR. FERNANDO GENTIL: — Gostaria somente de acrescentar alguma coisa aos diagnósticos anatómicos, principalmente por estarmos falando em tumores primários que dão uma incidência grande de metástases ósseas; acrescentaria a tireóide, porque, como sabemos, pela sua história natural, ela dá uma incidência muito grande de metástases em ossos. Vendo aquelas chapas do pulmão, verifica-se que realmente existe uma sombra que poderia ser perfeitamente uma tireóide mergulhante retroesternal, como está sendo visualizada ao nível do mediastino superior. Até provado o contrário, deve a tireóide ser posta como diagnóstico anatómico, em primeiro lugar; depois viriam, na ordem, rim e pulmão.

DR. FRANCISCO GLICÉRIO DE FREITAS F.º — Radiologicamente não se pode falar em tumor do rim. Não há nenhum sinal radiológico nesse sentido, bem como no sentido de pielonefrite, uma vez que o exame de urina não revela infecção. Não há cilindúria nem outro qualquer dado que possa levar a esse diagnóstico. Quanto à hidronefrose D, ficaria apenas uma dilatação à D, sem sinais radiológicos que façam suspeitar de hidronefrose.

DR. HENRIQUE SAMPAIO CORRÊA: — Esta hidronefrose D, referida pelo radiologista acho que o foi, sem sombra de dúvida, como uma hidronefrose que depois desapareceu. É de se pensar que tenha havido um processo de comprometimento dessa parte por compressão do tumor. Como esse tratamento quimioterápico lesa mesmo o tumor poderia ter havido isso. Seria interessante ver se houve coincidência entre a compressão e o tratamento quimioterápico. É preciso arranjar uma explicação para o desaparecimento dessa hidronefrose.

DR. LEOPOLDO AMURRIO AGUILAR: — Pela observação e pela grande destruição da região sacra, e sendo obscura a origem do tumor primitivo, seria mais lógico pensar num carcinoma de tipo embrionário que tivesse atingido, digamos, a corda dorsal terminal. De fato, esses tipos de carcinoma não são muito frequentes. Mas, sendo tão acentuado o comprometimento da bacia, acho que seria lógico incluir-se esse diagnóstico. Os carcinomas embrionários, no caso de metástases, vão sempre dar carcinomas de tipo carcinomatoso ou carcinomas sólidos. Há mais facilidade para ser reconhecido um carcinoma de tireóide nas metástases do que um carcinoma embrionário, que pode ser observado com um ou outro aspecto. Clinicamente havia a obrigação de pensar-se num tipo de tumor embrionário carcinomatoso, pelo grande comprometimento da bacia.

DR. RENATO DE A. CINTRA: — Carcinoma embrionário primitivo de onde?

DR. LEOPOLDO AMURRIO AGUILAR: — Restos embrionários que ficaram na porção terminal da corda dorsal. Estive estudando esse caso com o relator, baseado nos dados clínicos, e chegamos à conclusão de que é difícil localizar-se o tumor primário por meios, digamos, estatísticos, isto é, pela frequência do tumor metastático em osso. Desde que não exista um dado fixo, por exemplo, que o tumor primário esteja localizado no pulmão, porque este é o órgão que mais frequentemente dá metástases ósseas com predomínio de osteólise.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — Mas da tireóide também.

DR. LEOPOLDO AMURRIO AGUILAR: — Da tireóide também, mas aqui foi descartada clinicamente a hipótese: a tireóide estava normal.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — E se aquela sombra for uma tireóide mergulhante?

DR. LEOPOLDO AMURRIO AGUILAR: — Nesse caso seria outra possibilidade. Mas a metástase de tireóide seria mais fácil de reconhecer do que um carcinoma de tipo embrionário, por aspectos radiológicos.

PROF. ANTÔNIO PRUDENTE: — Das duas biopsias feitas, qual foi a que deu aspecto glandular?

DR. HUMBERTO TORLONI: — A segunda deu adenocarcinoma, onde os elementos tumorais são do tipo cúbico ou cilíndrico, tumores essencialmente hemorrágicos, com grande área de osteólise. Repetiu-se a biopsia. A primeira foi do sacro e a outra do úmero. Esta foi a que deu mais material, por ser uma zona mais fácil de atingir. Pude assim formar o diagnóstico de adenocarcinoma primário típico.

DR. HENRIQUE SAMPAIO CORRÊA: — Um ponto que seria interessante estudar é a repercussão que esses tumores têm na economia geral das metástases ósseas. Vemos frequentemente metástases ósseas sem aumento da fosfatase alcalina Alfa. Este é um caso que tem aumento, isto é, há tumores que estimulam mais a ossificação do que outros. É o caso de observar-se esse ponto: fazer-se um levantamento nesse sentido, porque há tumores que parecem inibir a ação da fosfatase. Há doentes com metástases amplas e todo o resto normal. Neste caso não, porque há aumento. Por que teria isto?

DR. HUMBERTO TORLONI: — Perguntaria ao Dr. Sampaio se o problema da fosfatase alcalina neste caso poderia ser levado em consideração, apenas em função das metástases, ou poderia ter relação com outros órgãos, como por exemplo o fígado.

DR. HENRIQUE SAMPAIO CORRÊA: — Pode ter relação.

DR. HUMBERTO TORLONI: — Este é o ponto a que queria chegar. Há grande disseminação óssea. Há provável metástase hepática. Não se tornaria difícil, neste caso, dar um valor absoluto à fosfatase, só por conta das metástases ósseas?

DR. HENRIQUE SAMPAIO CORRÊA: — Seria difícil, no caso presente, desde que não temos dados fornecidos pelo levantamento que estou propondo. Suponhamos que essa fosfatase seja estimulada de maneira geral

por determinado tipo de tumor — porque no caso hepático às vezes um tumor pequeno já dá aumento de fosfatase. Há um estímulo por atividade básica do tumor, um estímulo, digamos, à distância. É a minha impressão. Há determinado fator que determina o estímulo da fosfatase, quer seja no fígado, quer seja nos ossos.

DR. HUMBERTO TORLONI: — No caso de um comprometimento hepático do tumor há relação entre o grau de comprometimento hepático e o teor de fosfatase na ausência de metástases ósseas?

DR. HENRIQUE SAMPAIO CORREA: — Pode haver. Quando o tumor é desses que estimulam a fosfatase. Quanto maior o tumor, deve ser maior o aumento de fosfatase.

DR. NORMANDO DI BELLIS: — Este caso apresenta pouquíssimos dados clínicos que permitam uma orientação quanto à localização primitiva do tumor. Estou estranhando que no exame ginecológico se tenha descrito muito sucintamente o tumor. Gostaria de levantar uma hipótese aqui, embora acredite que se trate de uma hipótese sem muitas probabilidades de ser a correta. Essa mulher não poderia ter um adenocarcinoma papilífero de ovário, que distribuisse todas aquelas metástases pelo abdome? Porque não conhecemos a extensão das metástases do abdome, já que não há descrição alguma, e embora não seja o comum na evolução desses casos o tipo apresentado de metástases ósseas.

DR. ELOY PARISI: — Acho muito difícil uma aproximação do diagnóstico da lesão primitiva, porque com os elementos que se têm só mesmo aventando várias hipóteses. Apenas queria chamar a atenção sobre aquele aspecto radiológico da hemicúpula frênica direita. De uma radiografia para outra há uma diferença grande. Isto poderia coadunar-se com uma tumoração do fígado, que tivesse crescido e elevado a hemicúpula frênica. Não sei se o fígado aumentou em toda a sua extensão, mas ali está bem nítido.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — E o comprometimento do nervo frênico direito?

DR. ELOY PARISI: — Estou apenas fazendo uma hipótese sobre a possibilidade de haver uma metástase hepática.

DR. HENRIQUE SAMPAIO CORREA: — Esse é um problema antes radioscópico.

DR. ELOY PARISI: — Estamos pesquisando só com os dados que temos em mãos.

DR. HUMBERTO TORLONI: — Essa doença nunca teve derrame?

DR. RENATO DE A. CINTRA: — Não consta nenhum derrame na ficha.

DR. FERNANDO GENTIL: — No exame histopatológico existe uma informação interessante. Refere-se, na metástase do úmero direito à presença de mucina, histopatologicamente. Gostaria de perguntar à Anatomia Patológica: as metástases de um câncer de pulmão têm em alguns casos, apesar de raros, apresentado esse material muciparo, ou só vemos isso em outros tipos de carcinoma gastrointestinal, da tireóide ou do rim? Isso porque, se a metástase do pulmão não apresenta mucina, então já poderia ser excluída a lesão primária pulmonar. Ficaríamos só com rim e tireóide.

DR. HUMBERTO TORLONI: — A mucina, é também encontrada nos tumores pulmona-

res. Em primeiro lugar, no adenocarcinoma, e, em segundo, no carcinoma alveolar do pulmão, sendo até um dos elementos que auxiliam no diagnóstico macroscópico e microscópico.

DR. HENRIQUE SAMPAIO CORREA: — Do ponto de vista clínico esses tipos de mucina estão sendo estudados?

DR. HUMBERTO TORLONI: — O problema da mucina é muito ingrato para o patologista. O Dr. Marino Lazzareschi, que está fazendo uma tese sobre o carcinoma sinovial, está em dificuldade diante da verdadeira confusão que existe a respeito da mucina. Existe uma mucina celular, que é a das células epiteliais, e existe outra, intercelular, que tem grande riqueza em ácidos mucopolissacáricos, etc. Tudo isso é chamado mucina, mas são mucinas de tipos diferentes. E isto não é problema que o morfologista possa, por propriedades tintoriais, classificar. Quem deve decidilo é o bioquímico, que possui meios de análise mais finos.

DR. HENRIQUE SAMPAIO CORREA: — Um trabalho que este Hospital poderia fazer seria estudar esse assunto do ponto de vista cromatográfico. Isso poderá dar indícios sérios a respeito da origem de tumores.

DR. HUMBERTO TORLONI: — O sarcoma sinovial, por exemplo, é um tumor muciparo.

DR. HENRIQUE SAMPAIO CORREA: — Mas deve ser diferente.

DR. HUMBERTO TORLONI: — Completamente diferente. A mucina que existe no interstício e na célula epitelial são diferentes.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — Direi que também as minhas simpatias vão para dois tipos de tumor primário: o da tireóide e o do pulmão em virtude do aspecto radiográfico. No que diz respeito aos diagnósticos feitos pelo relator, não estou de acordo com a situação dependente de insuficiência funcional hepática. Em primeiro lugar, porque só a existência de fosfatase alcalina a 7,7 não é elemento exclusivo para o diagnóstico de uma insuficiência hepatocítica. E mesmo porque existiam lesões osteolíticas. Então, a fosfatase que é elaborada pelos osteoblastos numa atividade maior, poderá explicar o aumento dessa enzima. No que se refere à insuficiência hepática, gostaria de juntar a título de colaboração, que hoje não se faz mais diagnóstico de insuficiência hepática pura e simples. É necessário que se faça uma adjetivação qualitativa mais completa. A insuficiência hepática precisa ser referida ao local do fígado onde ocorre: se é do hepatócito, se é da circulação biliar ou da circulação sanguínea bivenosa, ou seja, do sistema porta. Então, é preciso dizer se existe insuficiência hepática hepatocítica, ou se da circulação biliar ou da sanguínea. Por exemplo, um paciente, que apresenta uma fibrose esquistossomótica, todos sabemos que na sua origem tem insuficiência venosa circulatória preferencial sobre a insuficiência hepatocítica, e então diagnosticamos sob este aspecto. Uma cirrose do tipo de Laennec, em que existe um comprometimento grande dos hepatócitos, apresenta ao mesmo tempo uma insuficiência grande da circulação sanguínea. A cirrose biliar, nos estádios finais de evolução anatômica, apresenta preferencialmente lesões

na circulação biliar, lesões também hepatocíticas e, talvez, embora menos freqüente, na circulação venosa. Hoje em dia, em vista dos acontecimentos funcionais do fígado, é necessário que se especifique melhor a situação anatômica intra-hepática.

DIAGNÓSTICOS ANATOMO-PATOLÓGICOS

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

DIAGNÓSTICOS ANATÔMICOS: —

Metástases ósseas generalizadas de carcinoma alveolar;

- a) Parietal D;
- b) Frontal;
- c) Sacro;
- d) Coccígeo;
- e) Ossos da bacia à E.;
- f) Fêmur E.;
- g) Coluna vertebral: 3^a e 5.^a lombar, 5.^a, 9.^a, 11.^a e 12.^a dorsais;

Linfagite carcinomatosa do ápice pleural D.

Oligoemia universal.

Enfisema pulmonar crônico.

Bronquite crônica

Enfarte do pulmão E

Pielonefrite subaguda inespecífica.

Endometrite subaguda inespecífica.

Colite ulcerativa necrotizante.

Cistite aguda necrotizante inespecífica

Vaginite aguda necrotizante.

Hepatite focal subaguda inespecífica.

Congestão passiva crônica dos órgãos abdominopelvianos.

Arteriosclerose de Monkberg (pancreática).

Arteriosclerose aórtica incipiente.

Arteriosclerose renal.

Degeneração albuminosa dos parênquimas (renal e hepático).

Esteatose hepática.

Litíase renal (cálculos de fosfato amorfo).

Mastite purulenta à E.

Ascaridíose intestinal

Trombose femoral D.

“CAUSA-MORTIS” — Anemia (oligoemia universal).

DISCUSSÃO DA ANATOMIA-PATOLÓGICA

DRA. ENNIZE DE MOURA NUNES: —

Neste caso, o diagnóstico primitivo é extremamente difícil. Foi difícil para mim também, na mesa de autópsia. Não achei desde logo o tumor primitivo. Guardei todas as peças. Examinei-as novamente e não achei. Quando as lâminas ficaram prontas, mostrei uma das metástases ao Dr. Torloni, que perguntou? “Você examinou o pulmão?” — “Examinei” — respondi — “e não encontrei nada”. “Isto é um tumor do pulmão” — disse o Dr. Torloni. De fato, tratava-se de um carcinoma alveolar primitivo do ápice do pulmão D. Na macroscopia dessa autópsia, encontrei, no ápice do pulmão D, uma lesão de 1,5 cm. de diâmetro, de substância friável, amarelo-avermelhada. Pensei em processo primário tuberculoso reativo. Tirei aquele fragmento e nem suspeitei de tumor. Eram pulmões enfisematosos, com estase de decúbito no lobo inferior. Creio que esse diagnóstico não poderia ser feito pelo clínico, porque era uma lesão extremamente pequena.

Dei como **causa-mortis** uma anemia, oligoemia universal: o cadáver tinha todas as vísceras extremamente pálidas. Não havia metástases em nenhum outro órgão, a não ser em sistema ósseo. No fígado encontrei uma degeneração albuminosa intensíssima, inclusive com necrose de certa quantidade de células. No rim, também. Quer dizer que o diagnóstico de metástases hepáticas não existe. Havia comprometimento medular no plexo lombar, que devia exercer compressão. Havia metástase no sacro e no cóccix, formando uma massa tumoral que comprimia a bexiga para cima.

Não sei se a doente fez tratamento radio-terápico posterior. Não há mesmo uma hidronefrose. O rim aliás está íntegro.

Não sei porque foram levantadas as hipóteses de metástases no reto, vagina e bexiga. Encontrei nesses lugares um processo inflamatório agudo necrotizante e inespecífico. No ceco encontrei um nódulo que me pareceu um fibroma e uma infiltração em toda a mucosa do intestino delgado por granulócitos eosinófilos.

Quanto à pielonefrite, o quadro renal apresentava mais uma litíase: pequenos cálculos amarelados e friáveis. Microscopicamente também encontrei cálculos intratubulares. A paciente tinha uma cistite. No exame histológico mostrou o seguinte: o tecido adiposo e conjuntivo da pelve estava difusamente infiltrado por elementos inflamatórios, mas já havia uma pequena infiltração do parênquima renal, muito discreta, junto ao vértice das pirâmides de Malpighi. Além disso, havia também focos inflamatórios, com elementos celulares idênticos, bem junto à córtex. Não sei se era processo inflamatório. Hoje em dia não se considera mais aquela entidade nosológica denominada pielite, porque o que na verdade vemos é isto: o paciente tem um processo inflamatório da pelve, mas já há propagação por contigüidade ao parênquima renal. De modo que essa entidade poderia chamar-se pielite, como antigamente os clínicos a chamavam. Mas, na realidade, do pon-

to de vista anátomo-patológico, não existe essa entidade — pielite — pura, porque o processo sempre se propaga por contigüidade ao parênquima renal.

DR. HUMBERTO TORLONI: — Pielonefrite aguda ou crônica?

DRA. ENNIZE DE MOURA NUNES: — Aguda.

DR. HUMBERTO TORLONI: — Este processo inflamatório localizado nos órgãos da pequena bacia tem uma razão de ser?

DRA. ENNIZE DE MOURA NUNES: — A doente tinha uma massa tumoral no sacro. Quero explicar este processo inflamatório do reto, vagina e bexiga: havia a compressão de vasos pelo processo tumoral da pelve. Havia uma trombose na veia femoral muito interessante, porque era por metástases. Encontrei um êmbolo de células neoplásicas obstruindo a femoral D. Todos estes vasos da pelve estavam congestionados, condicionando o processo inflamatório de todos os órgãos pelvianos. Além disso, achei uma mastite purulenta E.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — Onde está o câncer primário?

DR. HUMBERTO TORLONI: — É histológico. Mede 1,5 cm. de diâmetro.

DR. HENRIQUE SAMPAIO CORREA: — Havia edema?

DRA. ENNIZE DE MOURA NUNES: — Dos membros inferiores, com trombose à D.

DR. LEOPOLDO AMURRIO AGUILAR: — O que chama a atenção é que o tumor primário, sendo carcinoma alveolar, tinha que fugir à norma geral desses carcinomas, porque são sempre do tipo multifocal e, abrangendo grandes zonas, alcançam a córtex.

DR. HUMBERTO TORLONI: — O Dr. Leopoldo tem toda razão. Neste caso não se pôde verificar o tumor primário macroscopicamente. Através dos quadros histológicos de várias metástases verifiquei existirem várias fases de um carcinoma alveolar. Chamava a atenção a presença de grande número de vasos embolizados. Havia uma linfagite e uma embolização venosa muito grande. É um caso muito raro este, de carcinoma alveolar em que não há um tumor mais exuberante nem um comprometimento macroscópico do parênquima pulmonar.

Este tumor é muito estranho, porque, sem mostrar exuberância do tumor primário, exuberou nas metástases de maneira tremenda. E esta invasão sanguínea está muito de acordo com o carcinoma alveolar.

Em 522 autópsias de câncer do Hospital, encontramos 17 casos de câncer no pulmão. Desses 17, 4 eram alveolares. O grau de disseminação desses casos é muito interessante. Este é um trabalho que está sendo feito em colaboração com o Dr. Jesus. Estes tumores dão metástases ósseas freqüentes. Nestes 17 casos havia 3 de metástases em coluna, esterno, crânio, ilíaco, etc. E é muito estranha a peculiaridade da discrepância entre o grau de envolvimento macroscópico do pulmão e dos outros órgãos.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — Metástases cerebrais?

DR. HUMBERTO TORLONI: — Quatro casos, em 17 de câncer de pulmão.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — E ósseas?

DR. HUMBERTO TORLONI: — Estão aqui distribuídas, por localização.

PROF. JOSÉ RAMOS JUNIOR: — Quer dizer: mais ósseas do que cerebrais.