

221.ª Reunião Anátomo - Clínica

Rabdomiossarcoma da Região Inguino-iliaca

RESUMO DO CASO CLÍNICO

Relator: — Arthur de Souza e Sá

D. V. O. de 1 ano e meio de idade, do sexo masculino, branco, brasileiro, procedente de Maracá, no Estado de São Paulo, admitido em 12-3-59 neste Instituto, sob registro n.º 59-0821. Aos três meses de idade, segundo relato de sua genitora, apresentou, na região inguinal esquerda nódulo de 3 cm de diâmetro, que aumentou progressivamente. Feita exérese cinco meses após, o exame anátomo-patológico revelou “leiomiofibroma”. Decorridos 6 meses da cirurgia, novamente apresentou o nódulo que rapidamente atingiu o tamanho atual. Pequena perda de peso. O interrogatório sobre os antecedentes familiares e pessoais e sobre os diversos aparelhos, nada revelou de significativo.

EXAME FÍSICO — Bom estado geral. Peso: 11,6 quilos. Temp.: 36,8°C. P. A.: 95 x 80 mm/Hg. Pulso: 112 p.m., ritmado. Freq. Resp.: 28 p.m. Mucosas coradas. Ausência de gânglios palpáveis. Os aparelhos respiratório e cardiovascular nada apresentavam de interesse semiológico. Fígado palpável. Baço não palpável, nem percutível.

EXAME LOCAL — Tumor situado na região inguino-iliaca esquerda, medindo 12 x 8 cm na sua maior dimensão, bosselado, tendo zonas de consistência elástica e outras duras, tumor semifixo aos planos

subjacentes, coberto por pele íntegra, não aderente, apresentando cicatriz de 5 cm de comprimento.

Ausência de testículo esquerdo e edema de todo membro inferior correspondente.

EXAMES COMPLEMENTARES —

As radiografias da bacia e do tórax nada revelaram. Anemia normocrômica e pequena leucopenia; linfocitose. Hemossedimentação: 33 mm. Urina normal. O reexame dos cortes histológicos, procedido neste Instituto, revelou: leiomioma de baixo grau de malignidade.

EVOLUÇÃO — Em 30-3-59, foi submetido a exérese ampla do tumor com ressecção da parede abdominal, seguida de plástica à custa do músculo costureiro. Nesta oportunidade, foi feita biopsia de gânglio do mesentério e injetados 5 mg de Dichloren na circulação geral e outros 5 mg. na ferida operatória. O exame anátomo-patológico da peça cirúrgica teve como laudo “rabdomiossarcoma” e o do gânglio, feito mediante cortes por congelção, comprovou “acentuada hiperplasia linforreticular” (sarcoma?). No 9.º dia pós-operatório, instalou-se sub-oclusão intestinal sendo, então, reoperado, verificando-se aderência na área da biopsia efetuada. Desfeita a aderência, procedeu-se, em seguida a abertura de uma alça do delgado, em face da grande distensão intestinal.

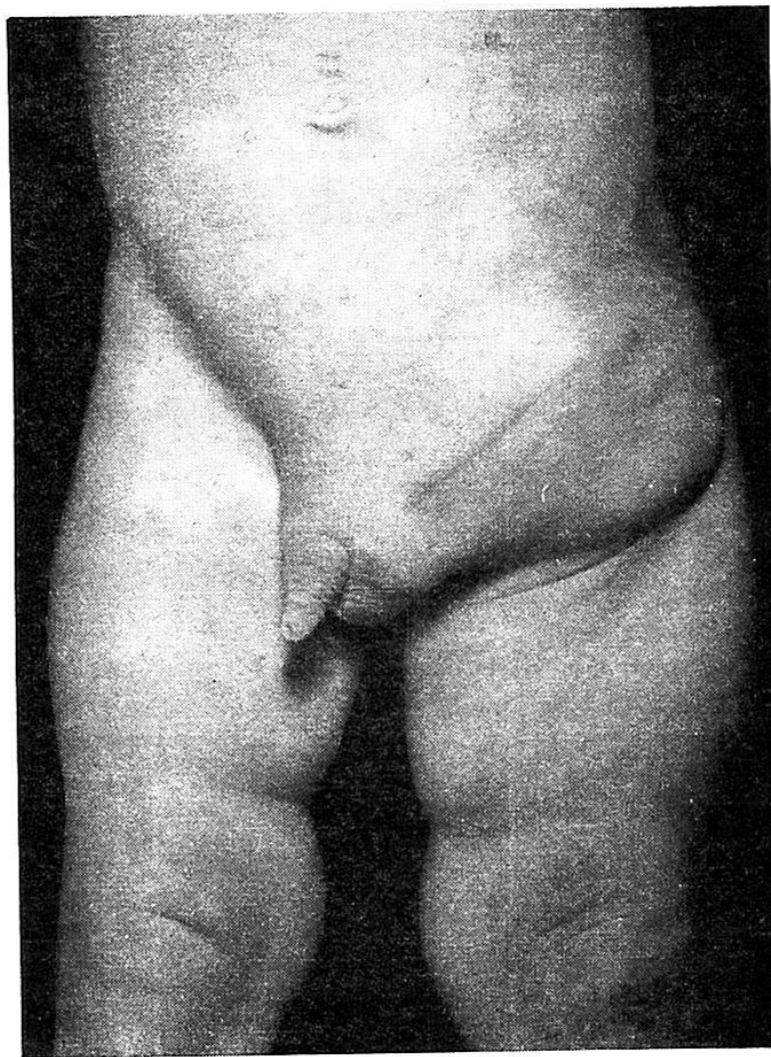


FIG. 1 — Tumor localizado na região inguino-iliaca esquerda

Realizada a aspiração, foi a alça suturada. Seis dias depois, verificou-se deiscência desta sutura, evisceração, em seguida corrigidas, e quadro de peritonite. Desde o pós-operatório imediato, havia estertores subcrepitantes, de grossas bôlhas, em ambos os campos pulmonares e temperatura de 37° a $39^{\circ}8C$. Observou-se por fim, queda acentuada do estado geral, vômitos, distensão abdominal, desidratação e excitabilidade motora intensas, vindo, o paciente, a falecer em 19-4-61.

DIAGNÓSTICO DO RELATOR

Diagnósticos anatômicos — rhabdomyosarcoma ou leiomiofibroma da região inguino-iliaca esquerda

metástase ganglionar do mesentério
ausência cirúrgica da parede abdominal na fossa ilíaca esquerda

sub-oclusão intestinal por aderência
deiscência de sutura intestinal
peritonite.

Diagnósticos funcionais — distúrbio
hidro-eletrolítico

hipossoro-albuminemia
anemia.

CAUSA MORTIS — Colapso toxinfecioso.

DISCUSSÃO CLÍNICA

Comentador: Eloy Parisi

A quimioterapia com Dichloren deve ser feita na dose de 0,5 mg/kg de peso do paciente; no presente caso foram administrados 5 mg na circulação geral e 5 mg na ferida operatória, dose que para uma criança de 12 kg, foi excessiva, conquanto as condições abdo-

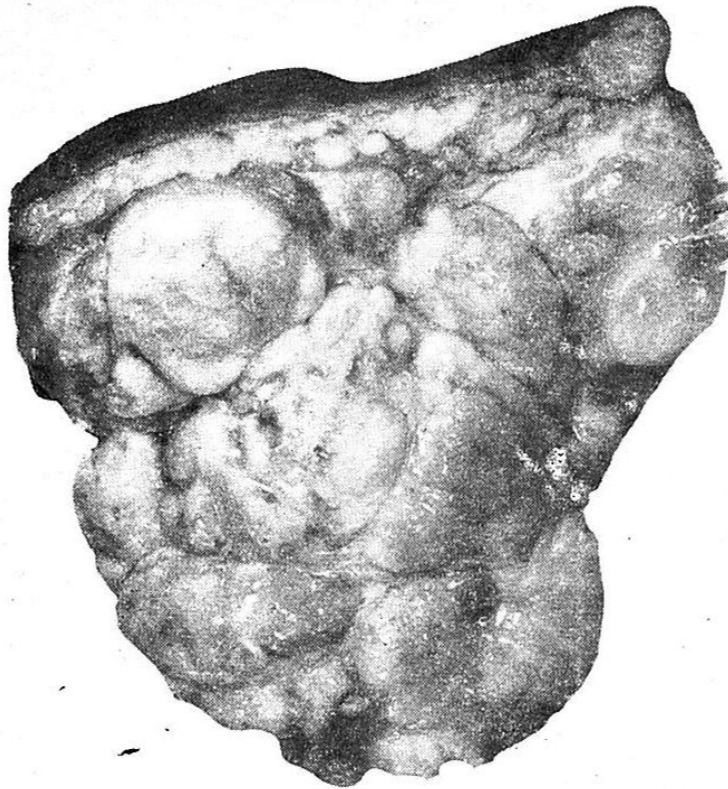


FIG. 2 — Tumor de aspecto lobulado invadindo o tecido celular subcutâneo

minais fossem desfavoráveis à reabsorção total do quimioterápico.

As complicações que se seguiram ao ato cirúrgico representaram os fatores que terminaram por determinar o quadro final em que se deu a morte do paciente.

No local da retirada do gânglio surgiu aderência, responsável por sub-oclusão intestinal verificada em alça de delgado. Embora este menino tivesse recebido a quantidade necessária de líquido, a sub-oclusão formou um terceiro espaço, ocasionando desequilíbrio hidro-eletrolítico. Na reabertura do abdômen, procedida para ressecção da aderência, verificou-se grande distensão intestinal que impôs a abertura de uma alça para aspiração do conteúdo; seguiu-se deiscência da sutura, acompanhada do quadro clínico de peritonite que criou grave estado toxiinfecioso, causador da morte. Pela análise geral dos dados clínicos, a quimioterapia efetuada não desempenhou papel importante na evolução do caso. O paciente teve desidratação bastante intensa, atingindo não só o sangue, mas, também os fluidos extra e intracelulares. O seguinte

quadro mostra, as manifestações clínicas observadas nas variações de volume dos líquidos do corpo.

Quando ocorre diminuição do líquido intracelular, surgem sede, confusão e delírio, o que se verificou no presente caso; se a evolução tivesse sido mais longa, surgiria quadro de torpor e fenômenos de intoxicação muito mais grave. Está assim explicada a grande excitação do paciente, na fase final.

ANTONIO LUISI — Os tumores, principalmente de partes moles, não apresentam morfologia estática, e sim dinâmica, variável no tempo com a evolução do caso.

O primeiro diagnóstico feito neste caso foi o de leiomiobroma, pois, o patologista encontrou neoplasia de alto grau de maturidade, com produção de elementos fusiformes, cujos caracteres são de fibras musculares, interpretadas como lisas, e tecido colágeno, que é elemento próprio dos tumores conjuntivos diferenciados, adultos. O segundo diagnóstico foi o de leiomioma maligno, em razão do aspecto fusiforme, alongado, difuso e infiltrante. O diagnóstico definitivo foi o

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS NAS ALTERAÇÕES DO VOLUME DOS LÍQUIDOS NO CORPO

[HARRISON]

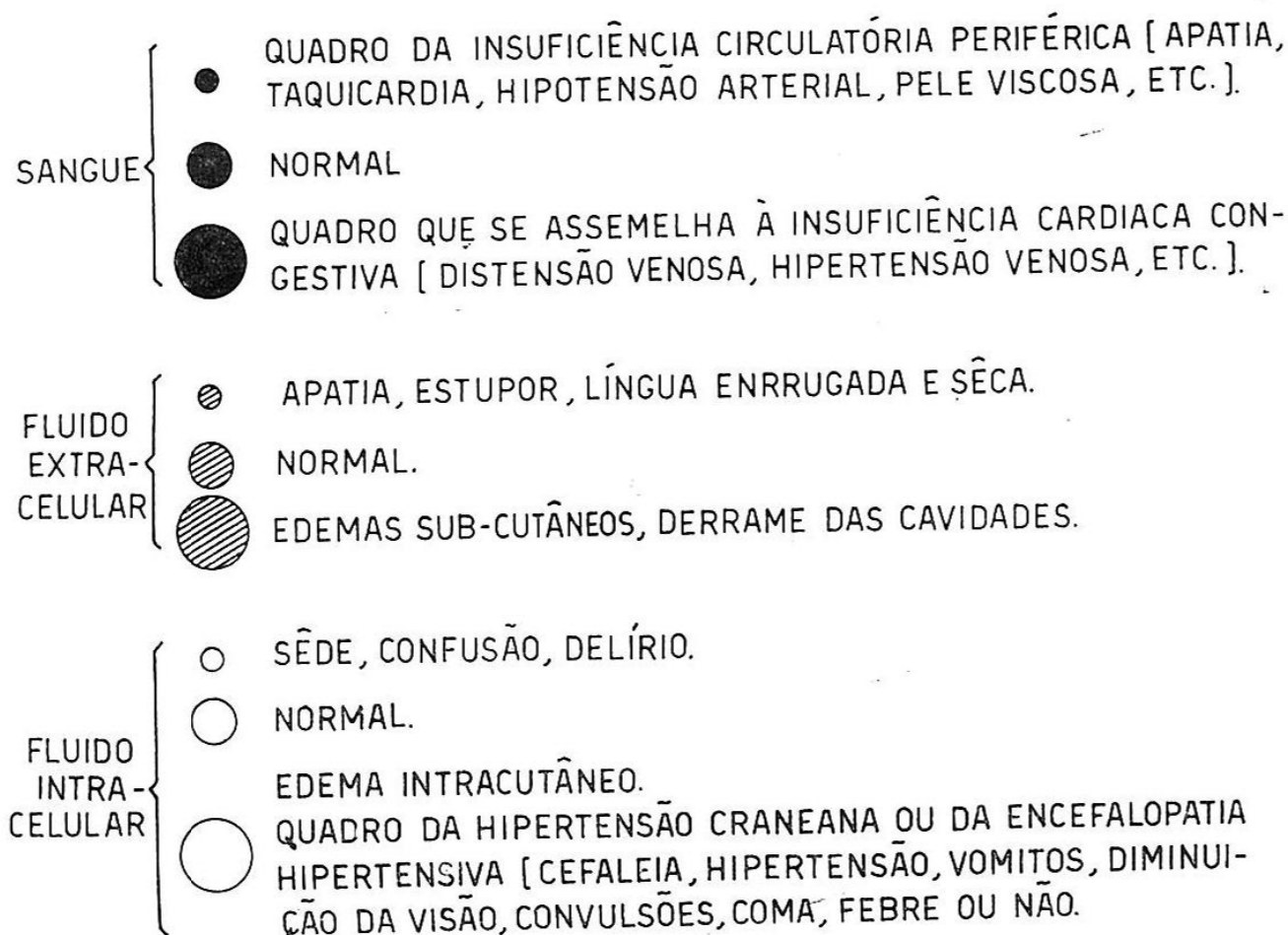


FIG. 3

de rabdomiossarcoma, em virtude do patologista, de posse da peça cirúrgica, ter tido melhores elementos para o diagnóstico tanto que lhe foi possível a evidência de miofibrilas contráteis, características.

JESUS CARLOS MACHADO — Se o diagnóstico de leiomioma maligno, confirmado pelo reexame dos cortes, é correto, estamos diante de um monodermoma misto.

ANTONIO LUISI — No caso presente, não cabe o diagnóstico de tumor misto, pelo seguinte: se compararmos áreas do tumor nas várias lâminas feitas, verificaremos que a estrutura é idêntica; impõe-se a necessidade de um estudo mais minucioso destes elementos diagnósticos. Não conheço nenhum caso de associação de rabdomiossarcoma e leiomioma maligno. Geralmente os tumores de partes moles, principalmente retroperitoneais, são sempre rabdomiossarcoma, com partes diferenciadas e indiferenciadas que simulam inclusive outras neoplasias.

DAVID ERLICH — Apresento os seguintes comentários, com referência ao caso:

- a) a dose de Dichloren usada neste caso foi excessiva.
- b) o aparecimento de aderência após o uso de mostarda nitrogenada na cavidade abdominal não é comum pois tem-se observado que os alquilantes reduzem sua frequência.
- c) é importante saber qual a proteinemia do paciente após a quimioterapia pois a mostarda nitrogenada diminui a sôro-albumina, principalmente no paciente subnutrido.

JOSÉ RAMOS JÚNIOR — Sob o ponto de vista clínico, o caso é muito interessante, porque mostra a **via crucis** por que passam todos os ocluídos intestinais. Após a retirada do tumor, estabeleceu-se um síndrome de sub-oclusão intestinal, síndrome este ocasionado por aderências. Admitido que a mostarda nitrogenada não favorece a formação de aderências, é provável que a aderência encontrada já devia existir na época da primeira operação e que não se tenha formado depois. O seguinte esquema mostra a fisiopatologia da oclusão intestinal e o termo de sua evolução, quando o ocluído não é atendido a tempo:

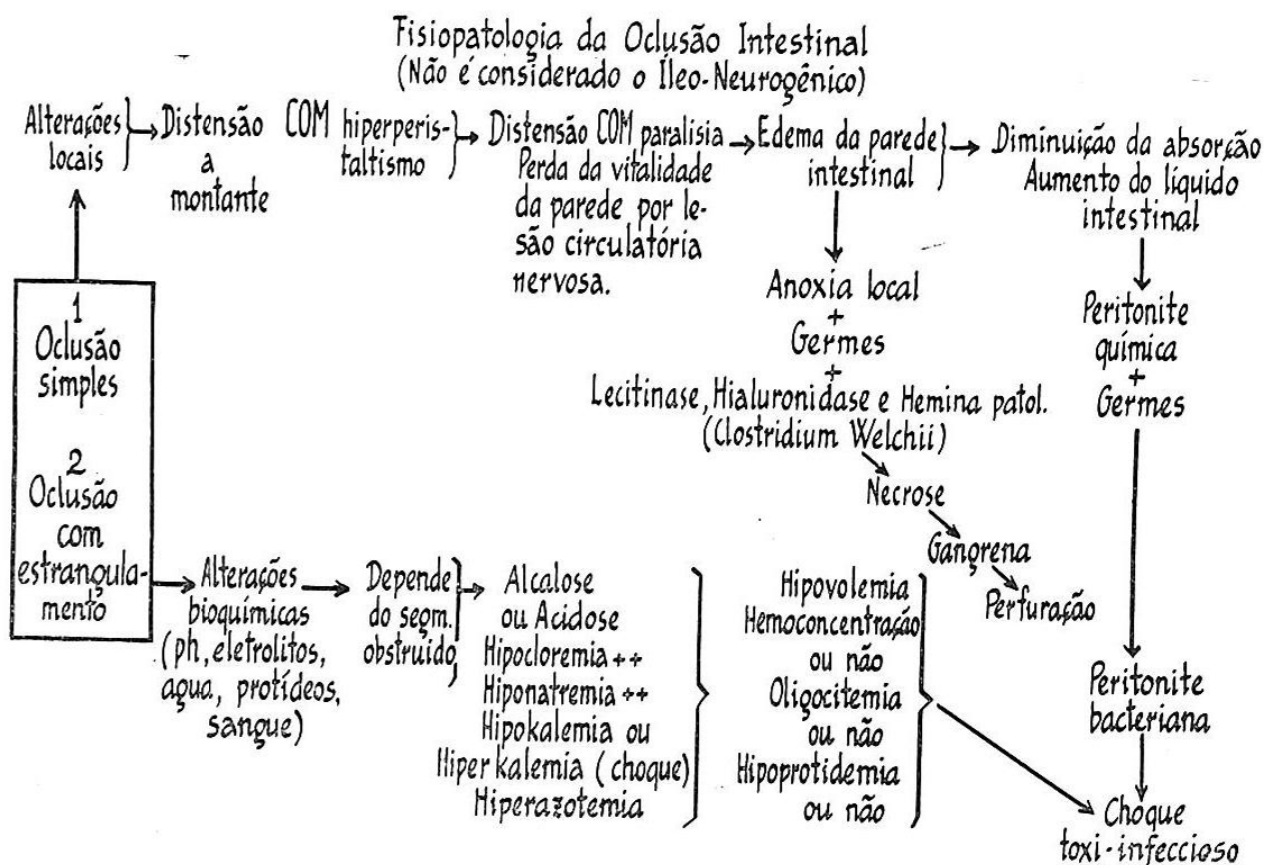


Fig. 4

Passa-se, na oclusão intestinal, o mesmo que ocorre no choque irreversível, em consequência da anoxia. Forma-se um verdadeiro ciclo: quanto maior a perturbação, tanto maiores as alterações que se verificam na esfera bioquímica, sendo assim impossível obter-se a recuperação do paciente, vencida certa fase evolutiva da fisiopatologia da oclusão intestinal.

ARTHUR DE SOUZA E SÁ — Por ocasião da primeira operação não se verificou qualquer aderência; na segunda intervenção, no local da biopsia ganglionar antes realizada, é que se verificou, apesar de ter-se usado o Dichloren, a aderência causadora da sub-occlusão intestinal.

ELOY PARIS — A aderência se fez com uma rapidez muito grande e embora houvesse sido usado o Dichloren, como agente quimioterápico.

HENRIQUE SAMPAIO CORRÊA — Em face da rapidez da instalação da aderência, é de supor-se a existência de processo inflamatório anterior.

HUMBERTO TORLONI — A dificuldade que, por vezes, se observa para o correto diagnóstico em exames de gânglios, mediante cortes por congelamento, foi bem evidenciada no presente caso. Num estudo de 137 gânglios linfáticos examinados, mediante congelamento, pela equipe de patologistas deste Hos-

pital observou-se, em 132, concordância entre o diagnóstico assim feito e o estabelecido pelo exame de cortes em parafina. Dêstes 132, em 71 havia negatividade de tumor e em 61, comprovou-se positividade. O patologista, então, acertou 132 vezes e errou 5, obtendo-se uma percentagem de concordância de 96,3 %. Dos 5 casos de erro, no exame mediante congelamento, 3 foram falso-negativos e 2, falso-positivos.

DIAGNÓSTICOS ANATOMO-PATOLÓGICOS DA NECROPSIA — Necropsistas: Humberto Torloni e Ennize de Moura Nunes.

CAUSA MORTIS: anoxia.

MOLÉSTIA PRINCIPAL: rabdomiossarcoma da região inguino-iliaca esquerda.

DIAGNÓSTICOS ANATÔMICOS: miocardite subaguda bacteriana de múltiplos focos abcedados
pericardite subaguda bacteriana de múltiplos focos abcedados
broncopneumonite abcedada
pleurite subaguda de múltiplos focos abcedados
esplenite subaguda

pielonefrite subaguda em focos, abec-
dada

gastro-duodenite subaguda

congestão passiva crônica universal

degeneração albuminosa do fígado

esteatose hepática grave

degeneração albuminosa e vacuolar dos
rins

edema grave da substância nervosa
encefálica

deiscência da incisão cirúrgica da fos-
sa ilíaca esquerda

hidrotórax bilateral.

DISCUSSÃO ANÁTOMO-CLÍNICA

ARTHUR DE SOUZA E SÁ — Havia deis-
cência de sutura?

HUMBERTO TORLONI — Não foi com-
provada, havendo apenas deiscência da parede
abdominal. Não havia também tumor resi-
dual.

DAVID ERLICH — A disseminação bacte-
riana, a meu ver, deve ter sido favorecida pelo
uso do quimioterápico que acarretou uma di-
minuição das resistências do paciente. Daí se
afigurar preferível dose mínima de mostarda,
ou qualquer quimioterápico, desde que haja
possibilidade de qualquer processo infeccioso,
em vista de estar comprovada esta diminuição
da resistência orgânica.