

Carcinoma Bronquiogênico do Pulmão Direito

222.º Reunião Anátomo - Clínica

Relator: *Alfonso Jimenes Mendes*

G. T., 60 anos, alemão, operário, casado, residente nesta Capital. Compareceu à consulta no dia 9-11-60 com queixa de nódulo na face lateral direita do pescoço, datando de 7 semanas e que adquiriu, rapidamente, grande volume. Cinco semanas antes da consulta teve forte bronquite, surgindo, desde então, dispnéia. Mencionava emagrecimento, ignorando a perda de peso em quilos. No interrogatório sobre antecedentes familiares, e sobre os diversos aparelhos e sistemas, não apareceu nenhum dado de valor semiológico. Nos antecedentes pessoais, etilismo e tabagismo moderados.

EXAME FÍSICO: aspecto geral, regular. Mucosas coradas. Mediolíneo. Aparelho tegumentar: cianose e edema dos membros.

Aparelho respiratório: Inspeção: edema das regiões supraclaviculares e mamárias. Dilatações venosas nas faces anterior e posterior do tórax. Expansão respiratória diminuída no hemitórax direito, nas regiões correspondentes ao ápice e à base. Taquipnéia. Palpação: frêmito toracovocal diminuído à altura do ápice direito e ausente no resto do hemitórax. Percussão: macicez em todo êste hemitórax. Ausculta: murmúrio vesicular inaudível pela face posterior do hemitórax direito. À face anterior dêste hemitórax estertores subcrepitantes.

Aparelho cardiovascular: Pressão arterial 190 x 100 mm/Hg; pulso 120 p.m., cheio e ritmado. Taquicardia.

Abdômen: edema da pele. Fígado palpável a 6 dedos abaixo da reborda costal com bordo duro e indolor.

Exame regional — Pescoço: metade inferior do lado direito deformada por extenso abaulamento, de cerca de 11 x 7 cm.

À palpação, tumor duro, bosselado, tendo por limites: anteriormente a linha mediana; posteriormente a região espinal; superiormente a parte média da cadeia jugulocarotidiana; inferiormente o tumor se estendia até pouco abaixo da clavícula, à qual estava fixo. À face lateral esquerda, o pescoço não apresentava gânglios palpáveis.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Hematológico: discreta anemia hipocrônica. Hemossedimentação 75 mm. na primeira hora.

Exame químico do sangue: proteínas totais, 6,8 gr%; Serina, 3,8 gr%; globulina, 3,0 gr%; índice S/G, 1,2; fosfatase alcalina, 10 U. B. %.

Exame radiológico: radiografia simples do tórax: A “opacificação dos dois terços superiores do hemitórax direito. Sembras tumorais projetando-se ao lado do mediastino superior direito”. (Fig. I).

Planigrafia: “Os diversos cortes tomados revelam obstrução total do brônquio principal do lobo superior direito com atelectasia total do lobo correspondente.

Massas tumorais comprimem, para baixo, o brônquio do lobo médio. Aspecto radiológico de câncer do pulmão”.

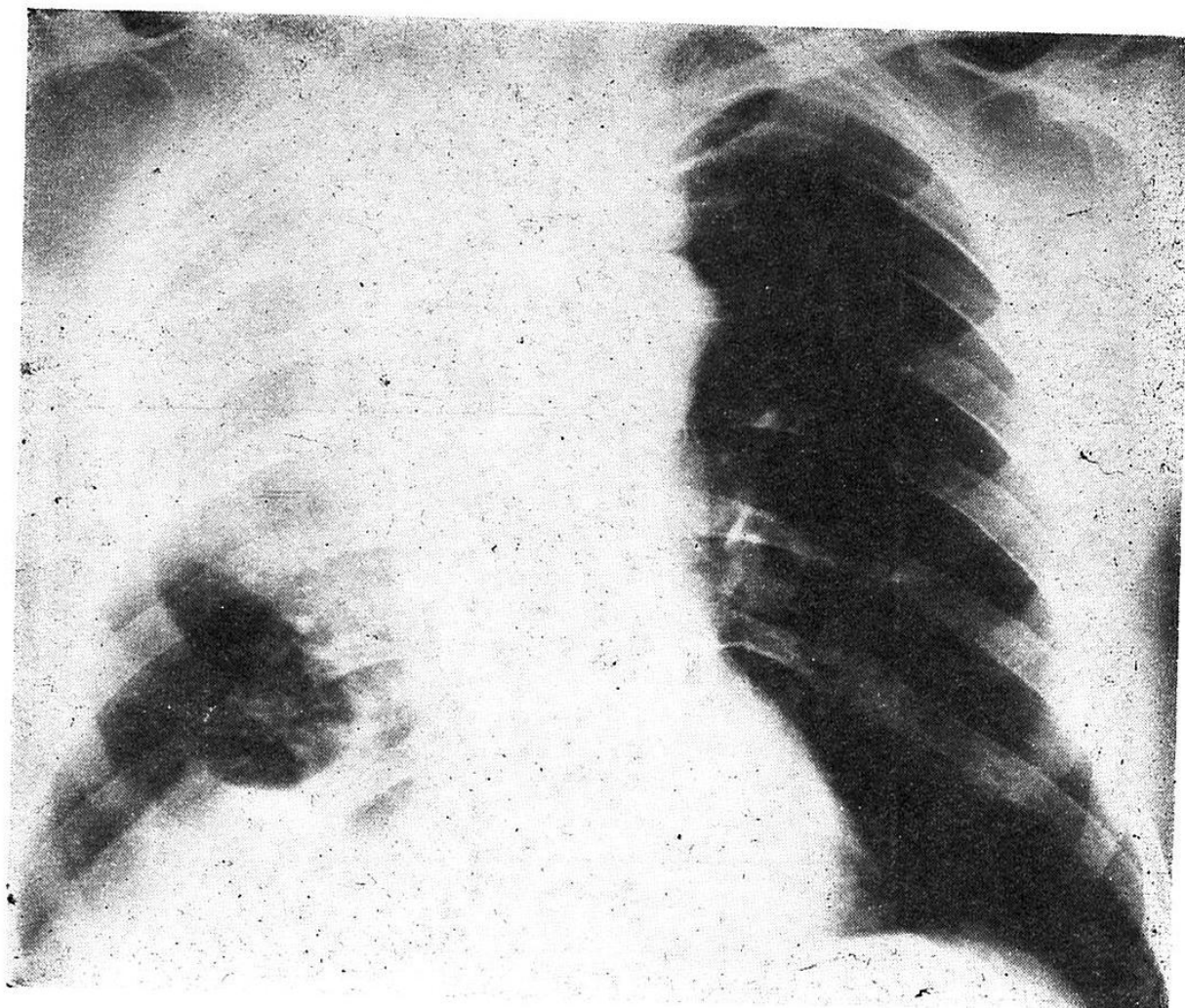


Fig. 1

Exame anátomo-patológico de fragmento do tumor cervical: "Linfoma Maligno".

EVOLUÇÃO — Em vista do laudo anátomo-patológico foi decidido administrar-se telecobaltoterapia, remissiva e quimioterapia. Iniciou as aplicações no dia 5-12-60. Houve melhora da dispnéia e nova radiografia do tórax, em 12-1-61, revelou: "Desaparecimento quase completo da massa tumoral do campo pulmonar superior direito. Observam-se, na radiografia atual, condensações e processo de fibrose pleural na base direita".

Após completar 3.000 r., foi encaminhado à Clínica Médica para quimioterapia. Este serviço encontrou fígado palpável, a 10 cm do rebordo costal, com superfície nodulada, consistência dura. Em vista de tal achado, não habitual no linfoma, foi pedida revisão do exame histopatológico e punção biopsia do fígado. Confirmado, então, o diagnóstico de linfoma maligno

(linfossarcoma). A queda rápida do estado geral não permitiu a punção biopsia.

Faleceu no dia 22-1-61, não tendo iniciado a quimioterapia. As provas de função hepática, realizadas alguns dias antes do óbito, tiveram resultado normal.

DIAGNÓSTICO DO RELATOR

Anatômicos:

Linfossarcoma — gânglios cervicais.

Tumor do pulmão direito?

Metástases hepáticas de tumor do pulmão?

Arteriosclerose.

Funcionais:

Hipoproteinemia.

Anemia.

Hipertensão arterial.

Causa mortis:

Edema cerebral?

Coma hepático?

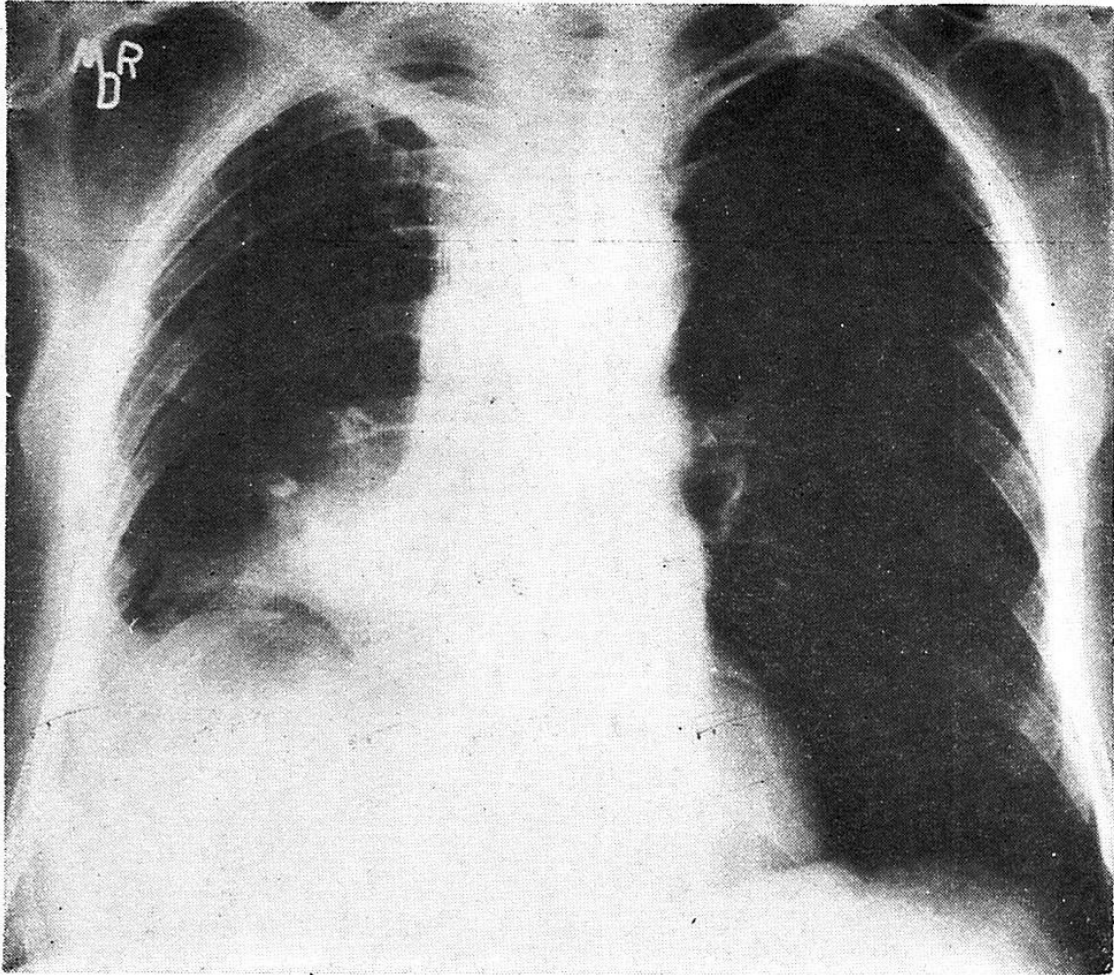


Fig. 2

Comentador: *M. O. Roxo Nobre*

O caso, através dos elementos de que se dispõe na observação clínica, realmente, apresenta uma série de grandes dificuldades na sua interpretação. Tendo em conta os conhecimentos teóricos que se têm sobre a evolução do linfossarcoma, evoluiu de forma estranha. A radiografia do tórax revelou tumor do pulmão direito com invasão do mediastino e o exame clínico mostrou aumento do fígado que ultrapassava o rebordo costal em cerca de 6 dedos transversos. Enquanto o radiologista estabelecia diagnóstico de câncer do pulmão, o exame anátomo-patológico, feito mediante biópsia do tumor cervical, revelou "linfossarcoma". A conduta terapêutica foi razoável: o tumor foi submetido a uma tentativa radioterápica com intensão remissiva. Houve melhora clínica e radiológica porém, logo a seguir, sobreveio piora, com queda do estado geral e aparecimento de petéquias, denotando grave comprometimento geral. Como sabemos, nos linfo-

mas esta é uma contingência que transfere o estadiamento de III para IV. Isto curiosamente se instalou somente depois da melhora local obtida por dose relativamente pequena de irradiação: 3.000r. em 25 dias. A revisão do exame histopatológico confirmou o diagnóstico de linfossarcoma. Nessas condições, os responsáveis pelo doente resolveram fazer quimioterapia que, entretanto, não chegou a ser iniciada em virtude da piora progressiva do estado geral.

A *causa mortis* não pode ser analisada com minúcias por falta da descrição detalhada da fase final da doença. Entretanto, a evolução do caso clínico apresenta diversas circunstâncias curiosas. Em primeiro lugar, seria absolutamente incomum que este doente, com sete meses de evolução de tumor linfomatoso, já tivesse metástases pulmonares, propagação ao mediastino e comprometimento hepático, comprometimento este bastante atípico. Tal comprometimento faz suspeitar que o do-

ente tenha tido, inicialmente, tumor de outra procedência, eventualmente pulmonar, que se propagara, por metástases, ao mediastino e à região cervical; ou então já que não se pode fugir à contingência do diagnóstico anátomo-patológico de tumor linfomatoso, é de suspeitar que este tumor tenha apresentado componente epitelial, o que não é raro acontecer nos tumores de procedência faríngea. Poderia se tratar de um linfo-epitelioma, o que explicaria o aspecto encontrado no exame anátomo-patológico e todo o processo de metastatização para o pulmão e para o fígado.

Antônio Ribeiro Amorim: um tumor de pulmão daria tão favorável resposta à radioterapia?

M. O. Roxo Nobre — desde que fôsse um linfossarcoma.

Eloy Parisi: neste caso, interessa, particularmente, conhecer o diagnóstico anátomo-patológico final. Tive oportunidade de repetir o exame físico do paciente e encontrei fígado inteiramente nodulado, do tipo “saco de batatas” e de consistência muito dura. Pedi a revisão do exame histopatológico que confirmou o diagnóstico de linfoma. Senti-me, então, na contingência de fazer dois diagnósticos: linfoma maligno e carcinoma de brônquio, com metástases hepáticas. Aliás, a melhora clínica e radiológica ocorre muitas vezes no carcinoma brônquico, não propriamente pela regressão do câncer mas, do processo inflamatório que o acompanha. Caso este raciocínio não se confirme confesso que foi a primeira vez que palpei um fígado com tais características e não se tratou de metástases de carcinoma.

José Ramos Júnior: em primeiro lugar quero chamar a atenção para um fato muito importante que não foi devidamente ressaltado, qual seja, a síndrome hemorrágica que o paciente apresentou nos últimos dias de vida e que, acredito, levou-o à morte. A síndrome hemorrágica exprime mielodepressão, conduzindo à anoxia e esta, com os distúrbios de que se acompanha em todos os órgãos e capilares, ocasionando a morte. É a síndrome hemorrágica, expressão da plaquetopenia apresentada. Quanto ao diagnóstico acho

que cabe melhor, sob o ponto de vista clínico, a existência de duas neoplasias: linfoma e carcinoma de brônquio a explicar as metástases hepáticas. Concordando com o Dr. Parisi, nunca vi um linfoma se acompanhar de metástases hepáticas com fígado do tipo “saco de batatas”. O fígado linfomatoso é mais duro e irregular que o fígado cirrótico mas, nunca em “saco de batatas”, característico das metástases carcinomatosas. Não fôra este sinal propedêutico e eu ficaria somente com o diagnóstico de linfoma. Uma outra hipótese seria a de um linfo-epitelioma da faringe, como muito bem lembrou o Dr. Roxo Nobre, tumor este que poderia ter sido diagnosticado pelo Serviço de Cabeça e Pescoço. No que respeita a *causa mortis*, acredito que tenha sido, realmente, a anoxia, em virtude da invasão dos órgãos hematoparéticos pelo processo linfomatoso, tendo como consequência a síndrome hemorrágica que, como sabemos, na vigência de uma leucemia ou linfoma, sempre é a expressão final do processo, quer seja pela evolução natural do processo linfomatoso, quer seja pelas complicações decorrentes da terapêutica. A respeito do planejamento terapêutico, peço permissão ao Dr. Roxo e aos colegas que fizeram a indicação a fim de chamar a atenção para uma regra que se está seguindo universalmente. Este paciente apresentava, bem nítida, uma síndrome de compressão da veia cava superior: edema dos membros superiores, edema supraclavicular, veias do tórax bem visíveis, etc. Ora, isto exprime invasão do mediastino. Acharmos que este doente, por sorte, não teve piora produzida por edema no início da irradiação. A norma, hoje em dia, é, em casos semelhantes, fazer em primeiro lugar, a quimioterapia, para diminuir a compressão do mediastino, e, logo a seguir, radioterapia. Há casos desastrosos, de radioterapia inicial produzindo compressão dos brônquios e da própria traquéia, com morte por asfixia.

DIAGNÓSTICO ANÁTOMO-PATOLÓGICO DA NECROPSIA

Necroscopista: *Jesus Carlos Machado*.

Carcinoma do brônquio principal direito.

Metástases de carcinoma nos gânglios do mediastino e pescoço e no fígado, rins e suprarenais.

Edema agudo do pulmão.

Edema cerebral.

Dilatação e hipertrofia global do miocárdio.

Pneumonia lobar do lobo inferior esquerdo.

Enfarte hemorrágico do lobo inferior direito do pulmão.

Quanto à medula óssea, não foi examinada a não ser macroscopicamente.

O quadro da biopsia, de fragmento muito pequeno, realmente, sugere a presença de linfossarcoma ou, pelo menos, linfoma maligno. Este caso foi apresentado em reunião interna do Departamento de Anatomia Patológica, e foram unânimes, os patologistas, em confirmar o diagnóstico de linfoma.

Humberto Torloni: Porque não se cogitou da broncoscopia e possível biopsia se o doente tinha suspeita clínica de câncer de brônquio?

Eloy Parisi: Quando vi o doente e admi a hipótese de carcinoma de pulmão, estava em mau estado geral e não suportaria tal exame.

Fernando Gentil: Num paciente que apresenta massa ganglionar no pescoço a biopsia deve consistir na remoção de um gânglio por inteiro, a não ser em casos excepcionais quando isto não é, tecnicamente, possível. A não observância desse critério conduz a erros anátomo-patológicos cuja responsabilidade não cabe, exclusivamente, ao patologista, mas, principalmente, ao cirurgião. Com relação aos comentários do Dr. Roxo, acho que ele tem toda razão ao dizer que, nesses casos, a conduta clássica é a administração de roentgenterapia em doses pequenas, para evitar o edema. Todavia, com o advento da quimioterapia, a conduta atual, em casos semelhantes, é iniciar o tratamento com os quimioterápicos, para, em seguida, passar-se à irradiação. A radioterapia conduziu o caso muito bem, porém, sob o ponto de vista oncológico, a conduta terapêutica foi errada.

Jorge Fairbanks Barbosa: Em princípio, sou contra biopsia de gânglio, de qualquer tipo, porque, em grande maioria dos casos, o nódulo metastático é a expressão de um tumor que a propedêutica pode descobrir. Naqueles casos que fogem à regra, a única possibilidade é realmente a de fazer-se a remoção de um nódulo. Também achamos que deve se fazer a remoção total do nódulo, regra esta que está sujeita a exceção; no caso presente, o problema era exatamente este: o paciente tinha, no pescoço, uma massa ganglionar de 11 x 7 cm e não caberia a remoção do todo, em bloco. Assim sendo, estaria indicada a remoção de um fragmento.

M. O. Roxo Nobre: Um clínico que recebendo um relatório anátomo-patológico com o diagnóstico de linfoma, adota a conduta seguida neste caso está absolutamente certo. E o anátomo-patologista, diante daquela lâmina, também está absolutamente certo. Há, dentro da medicina, contingências, em que temos que errar dentro da norma clássica para não errar muito mais vezes, fugindo dessa norma. Quanto à conduta terapêutica, quero fazer um comentário especial. O Prof. Ramos diz, com razão, que diante de um tumor compressivo ele prefere, e universalmente se está preferindo, começar pela quimioterapia. No caso, o doente teve a sorte de não ter tido edema inicial. Não nego a verdade do que o Prof. Ramos diz mas, a sorte foi outra, foi a de cair em mãos de alguém que sabia como conduzir o caso. Quando se faz um impacto inicial intenso, num tumor volumoso, acarreta-se um edema; na literatura, há casos de morte por edema inicial. Entretanto, tenho a satisfação de felicitar o autor dessa conduta que diz: "Irradiação descompressiva, abrangendo o mediastino e metástase cervical. Campos de 18 x 15, com 100 r por dia". "Dose total e número de aplicações na dependência da evolução clínica do caso". Com 100 r. diários não existe perigo de compressão por edema. Assim sendo, a conduta foi muito coerente. Diante do diagnóstico firmado agora, o doente não deve ter tido, com essa dose, redução das massas tumorais. Infelizmente, a fi-

cha não nos permite nem confirmar nem infirmar esta suposição.

José Ramos Júnior: O interesse pelo presente caso era plenamente justificado. Inicialmente, pela dificuldade que teve a Anatomia Patológica para firmar diagnóstico, dificuldade perfeitamente explicável, em virtude da biopsia que foi econômica por motivo de ordem técnica. Em segundo lugar o valor da propedêutica do fígado em "saco de batatas", ficando bem expressivo este termo propedêutico no diagnóstico de um carcinoma metastático. Quero fazer um elogio ao Serviço de Radiote-

rapia. Seus médicos não são aplicadores de Raios-X: são clínicos, em primeiro lugar, e em segundo lugar, radioterapeutas. O Dr. Carlos faz uma pergunta muito importante a respeito da síndrome hemorrágica. Queríamos o testemunho da Anatomia Patológica, verificando se havia nudez da medula óssea, mas, não foi possível verificar. Então, além da mielose aplásica, produzida pelo próprio tumor, por invasão tumoral, existiria outra hipótese para explicar hemorragia que teria acompanhado uma síndrome de hipoprotrombinemia.