

Metástase Inguino-Iliaca em um Caso de Adenocarcinoma do Estômago e Carcinoma do Próstata

227.º Reunião Anátomo-Clinica

RELATOR: ORLANDO D. GAIA

A. J. S., de 64 anos, branco, brasileiro, lavrador, casado, procedente de Bauru, Estado de São Paulo, compareceu à consulta no dia 20-2-1960 com queixa de tumor na região inguinal esquerda, datando de 30 dias. O tumor cresceu, acompanhado de dor local de média intensidade aos movimentos, irradiando para a face posterior da coxa. Cerca de 20 dias antes da consulta notou outro nódulo de menor volume, na mesma região. Anorexia e fraqueza desde o início da queixa atual. Emagrecceu cerca de 4 quilos nesse período. Submeteu-se a punção biopsia no interior do Estado, a qual revelou suspeita de células neoplásicas ("linfossarcoma?"). O interrogatório sobre os diferentes aparelhos e sobre os antecedentes pessoais e hereditários nada revelou digno de nota.

EXAME FÍSICO

Geral: Mau estado geral. Mucosas descoradas.

Aparelho Respiratório: sem anormalidades.

Aparelho Circulatório: bulhas abafadas em todos os focos de ausculta.

Abdômen: Plano, sem nada digno de nota à inspeção. À palpação, fígado de 3,5 cm do rebordo costal na linha hemiclavicular. De consistência dura, lisa e indolor. Baço não percutível, nem palpável.

Exame da Região inguinocrural esquerda:

Inspeção: discreto abaulamento. Pele de aspecto normal, sem inflamação.

Palpação: tumor duro, de superfície irregular, medindo 10 x 6,5 cm parecendo

fazer corpo com o púbis, com diminuição da mobilidade da pele na área correspondente. Dor à palpação, bem como à movimentação da articulação coxa, femoral, permanecendo a coxa em semiflexão. Região inguinal direita e demais cadeias ganglionares sem alteração.

Exames subsidiários:

Hematológico: Hemossedimentação 60 mm na primeira hora, séries branca e vermelha normais.

Radiografia da bacia: "ausência de sinais de comprometimento ósseo atual". Radiografia do tórax: transparência normal dos campos pleuropulmonares.

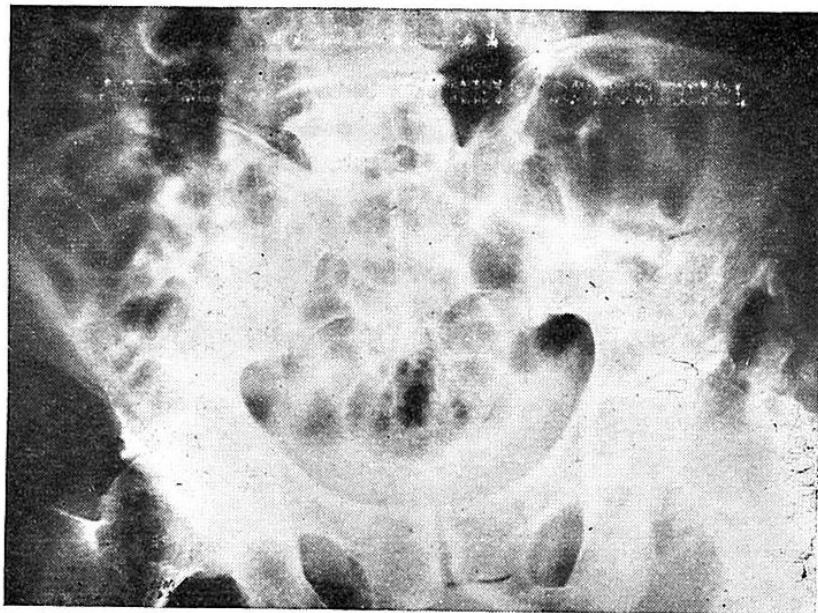
Evolução: O paciente, após a consulta, se ausentou por cerca de 8 meses, voltando ao hospital em estado caquético, com o tumor bastante aumentado, já atingindo a pele da raiz da coxa e do abdômen. Um gânglio cervical de cada lado com 1,5 cm. O toque retal revelou próstata dura, aumentada de volume e fazendo corpo com o tumor. Biopsia feita nessa ocasião revelou ausência de tumor. Nova biopsia revelou "neoplasia de tipo indeterminado".

A taxa de proteínas foi:

Proteínas totais: 4,9%; Serina: 2,1%; Globulina: 2,8%; Índice: 5/g 0,7. O hematológico mostrou 73% de hemoglobina.

Internado a 21-10-60 para tratamento quimioterápico. Recebeu Thio Tapa e Meticortem durante um mês. Durante esse tempo queixava-se de dor na articulação coxofemoral. Nova radiografia dessa região mostrou:

"Calcificações amorfas e irregulares exibindo um aspecto ósseo tranqüilo, interessando a articulação coxo-femoral E e extendendo-se até a 1/3 superior do fêmur. Pequenos corpúsculos ósseos livres nas par-



Metástase ínguino-iliaca em um caso de adenocarcinoma do estômago e carcinoma da próstata.

tes moles (calciolitos). O aspecto radiológico é sugestivo de condromatose articular. Decidiu-se fazer biopsia ampla, com anoxia geral, porém o estado do paciente não permitiu, tendo sido feita biopsia rotatória que nada revelou. O paciente passou a apresentar anorexia acentuada e vômitos freqüentes. Pediu-se R-X do esôfago que nada revelou. Queda progressiva do estado geral do doente, que veio a falecer, em caquexia, no dia 17-3-1961.

DIAGNÓSTICOS DO RELATOR

Diagnóstico anatômico: Sarcoma de partes moles da região inguino-iliaca E.

Diagnósticos funcionais: Anemia, hipoproteinemia. Distúrbio hidroeletrólítico.

Causa Mortis: Caquexia.

DISCUSSÃO CLÍNICA

MARIO LAZZARESCHI — Destacamos neste caso dois grupos de sintomas e sinais: um, de ordem local, com sede nas regiões coxofemoral e ínguino-abdominal; outro, de ordem geral, também muito expressivo.

Manifestações regionais: — aos 65 anos, sem qualquer antecedente patológico de interesse até então, o paciente notou o aparecimento de um nódulo na região inguinal E. Dez dias após, outro nódulo foi observado na mesma região. Ambos cresceram rapidamente e o exame realizado um mês após revelou a presença de uma massa dura, fixa aos planos profundos, particularmente ao osso ilíaco. Havia impotên-

cia funcional, dor a atitude viciosa da articulação coxofemoral. Nessa ocasião a radiografia da bacia não mostrou qualquer anormalidade. O paciente ausentou-se do Serviço durante oito meses e após esse período os movimentos ativos e passivos da articulação estavam ligeiramente abolidos, o volume do tumor aumentara sensivelmente e a coxofemoral apresentava-se em atitude de flexão, rotação externa e abdução. A tumefação, de consistência lenhosa, expandia-se para a região ínguino-abdominal e distalmente alcançava a região obturadora e o terço superior da coxa. A bolsa escrotal estava edemaciada. Radiologicamente surgiram massas ossificadas, sob a forma de nódulos e cordões, dispondo-se irregularmente desde o acetábulo até o terço superior da diáfise femoral; junto à cortical externa notava-se um aspecto franjado, com estriações dirigidas obliquamente para baixo e para fora, lembrando muito a imagem da miosite ossificante. A articulação coxofemoral apresentava a interlinha ainda conservada e a cabeça do fêmur mostrava alterações texturais, com áreas destrutivas pequenas, irregulares, com zonas de adensamento ao redor, observando-se também intensa rarefação ao nível do ísquion e do púbis, escoliose e osteofitose no segmento lombar, com conservação dos espaços intervertebrais. Ao lado dos aspectos sugestivos de espondiloartrose, notava-se rarefação dos corpos vertebrais.

Manifestações gerais — O paciente acusou inicialmente inapetência acentuada,

fraqueza e perda de peso. Suas condições gerais eram más por ocasião da primeira consulta e no nono mês seu estado era caquético, pesando 43 quilos, com uma altura de 1,80 m. O tratamento instituído (Thio-tepa, Meticorten, transfusões, etc.) não trouxe qualquer benefício. A evolução decorreu afebril, salvo no dia da morte, em que a temperatura atingiu 39° C. Outros achados dignos de nota foram a hepatomegalia e o baço dentro dos limites normais; no período final apresentou náuseas e vômitos, cólicas abdominais, surtos diarreicos e ascite moderada. Os exames de laboratório revelaram intenso grau de anemia hiprômica e de hipoproteïnemia.

Tendo em vista êsses achados e a evolução caquetizante o diagnóstico que se impõe inicialmente é o de uma neoplasia. O conglomerado ganglionar, a queda rápida do estado geral e a ausência de qualquer indício de tumor visceral, leva-nos a pensar em um sarcoma com manifestação ganglionar prevalente. Considerando-se ainda o tipo de alterações radiológicas observadas na epífise femoral e a rarefação dos corpos vertebrais, temos que nos orientar para o grupo dos linfomas. Entre os que costumam manifestar-se por adenopatia volumosa e regional, estão o linfossarcoma e o linfogranuloma maligno. A favor do linfossarcoma podemos enumerar os seguintes dados: ausência de febre e de esplenomegalia; andamento progressivo e fatal sem qualquer remissão; idade avançada; manifestações localizadas preponderantes. Na moléstia de Hodgkin a febre, a esplenomegalia e as remissões são frequentes e embora possa aparecer em qualquer idade, a incidência prevalente é de 20 a 40 anos. Todavia, a favor do linfogranuloma maligno existe um dado que deve ser analisado: o aparecimento da massa ossificada. A doença de Hodgkin se acompanha, em 25% dos casos, clinicamente, de manifestações ósseas; anátomo-patologicamente essa percentagem é maior. Em certos casos a neoformação osteoperiosteal pode atingir grandes proporções. No Hodgkin podemos encontrar até mesmo osteofitos vertebrais, confirmados não só pela anatomia patológica como também pelo seu desaparecimento sob a ação da radioterapia, fato que nunca sucede com os osteofitos da espondiloartrose. Contudo, estas reações osteoblásticas do linfogranuloma maligno dificilmente explicariam a presença de uma massa ossificada tão extensa, salvo se se tratasse de uma evolução atípica de Hodg-

kin. Existem três hipóteses para explicar a extensa ossificação verificada neste paciente: a) manifestação osteoblástica produtiva do linfogranuloma maligno; b) ossificação da massa tumoral; c) ossificação heterotópica do tipo da miosite ossificante que nem sempre surge com causa plausível. Das 3 hipóteses aventadas, parece-nos mais provável a primeira, apesar de sua extrema atipia.

Quanto ao processo articular, vimos que, apesar de todas as alterações da região coxofemoral, o espaço articular conservou-se, fato pouco compatível com o processo de artrite. Chamamos a atenção, finalmente, para os exames anátomo-patológicos com material de punção que não foram concludentes. Deve-se levar em conta a extrema dificuldade com que se defronta o patologista, muitas vezes, na caracterização de um linfoma, em material de punção, particularmente no caso da doença de Hodgkin, a qual pode apresentar aspectos diversos, de granuloma, de sarcoma, simples fibrose ou mistos. Concluimos, assim, que no presente caso deve tratar-se de um linfoma (linfossarcoma ou sarcoma de Hodgkin) com manifestação regional intensa.

JACYR QUADROS — Farei algumas considerações sobre o aspecto puramente radiológico. O laudo radiológico descreveu um aspecto de condromatose nas articulações. Discordamos, em parte, do diagnóstico de miosite ossificante, feita pelo Dr. Marino, porque esta é uma entidade bem definida: ou, de origem congênita e então apresenta calcificações em diversos territórios musculares, ou de origem traumática, o que não aconteceu com este paciente. Dentre as afecções que poderiam dar o aspecto radiológico deste caso, desejo mencionar: 1 — Infecção; 2 — Processo local; 3 — Processo metastático; dada a idade do paciente; 4 — Processo sistêmico; 5 — Possibilidade de origem nervosa, aludida pela Dr. Marino.

Infecção — A osteomielite, sífilis, tuberculose, etc., podem dar este aspecto radiológico, que não é característico de determinada infecção.

Processo local — Poderíamos emitir uma série de hipóteses diagnósticas: sarcoma osteogênico, sarcoma periosteal, condrosarcoma, etc. Ocorreriam, então, aspectos sugestivos de vários tipos de sarcomas. Não poderia ser um mesenquinoma maligno?

Metástases — A possibilidade de metástases poderia ser lembrada. O câncer da próstata, de bexiga podem dar metástases desse tipo, bem como o câncer do reto. Entretanto não há sintomas e sinais clínicos desses tumores.

JOSÉ RAMOS JR. — Poderia ser estômago?

JACYR QUADROS — Não temos visto esta hipótese nem em literatura.

M. O. ROXO NOBRE — Poderia ser rim?

JACYR QUADROS — A metástase de tumor de rim é osteolítica pura.

Doenças sistêmicas — Estou de pleno acordo com o Dr. Marino; também acho que se trata de Hodgkin ou de linfossarcoma.

Origem nervosa — É sabido que sempre que há lesão do nervo, há tendência à calcificação. O sistema nervoso seria inibidor da formação de cálcio nos tecidos. Assim, poderia haver uma metástase de coluna, atingindo a medula que provocaria esta calcificação.

Para terminar, ficaria com as três seguintes hipóteses, em ordem de importância:

- 1 — Linfoma;
- 2 — Mesenquinoma maligno;
- 3 — Metástase neuropática atingindo a medula, constituindo uma verdadeira forma de Tabes ou Siringomielia, responsável por essa calcificação.

FERNANDO GENTIL — Indiscutivelmente, o caso é atípico dentro das neoplasias malignas. Com relação ao diagnóstico eu ficaria, em princípio, contra a hipótese de linfoma, embora esta possa ser perfeitamente possível. Mas, pela evolução do caso, parece-me tratar-se de uma neoplasia do aparelho gastrointestinal, uma neoplasia principalmente alta, ao nível do estômago, por exemplo. Seria então uma manifestação completamente atípica de uma metástase. Entretanto, como disse, esta possibilidade, bem como outras, poderia caber neste caso e somente a anatomia patológica nos dará o resultado final. Esta hipótese se baseia na evolução do caso: inversão do índice protéico, caquexia acentuada com emagrecimento muito grande em período de tempo relativamente curto.

ELOY PARISI — Em primeiro lugar acredito que o Dr. Gentil esteja mais

próximo da verdade. Acredito que este aspecto inicial tão localizado, com alterações muito pouco evidentes, não faria parte do quadro de um linfoma. Já vi um bom número de linfomas e não me lembro de ter visto aspecto semelhante, embora isto possa existir. Como havia alteração local muito pequena, desproporcional à sintomatologia geral e como, na ocasião, não foi explorado o aparelho digestivo, acho que este território ficou por ser considerado. Tenho a impressão de que o caso se enquadraria melhor num câncer mesmo, num adenocarcinoma, do que num linfoma. Num indivíduo dessa idade, que apresenta inicialmente queda tão acentuada do estado geral, com alterações locais muito pequenas, inclinar-me-ia mais a pensar na possibilidade de metástase de adenocarcinoma, provavelmente digestivo. Evidentemente, como se demonstrou pela discussão já havida, este caso foge completamente à regra, de modo que meus comentários se cingem ao aspecto clínico, que me parece muito importante. Linfoma, principalmente Hodgkin, jamais leva a um estado geral destes, quando é uma lesão muito localizada. Isto já existia inicialmente, no começo da história. Inclina-me mais, portanto, para a conclusão que a situação da articulação e de toda a região tenha decorrido de metástase e não de tumor inicial. No final, seria plausível explicar a sintomatologia geral pela disseminação do tumor. Inicialmente, entretanto, parece-me não ficar bem explicada. Assim, diante de todas as raridades que se pode imaginar dentro do caso, inclino-me mais para a hipótese de câncer com metástase naquela localização e com evolução atípica; muito mais provável do que a de linfoma.

LUCIANO ÂNGELO CALVIS — Quero lembrar um caso, aqui discutido anteriormente. Tratava-se de rapaz de 25 anos com reticulossarcoma da raiz da coxa e que morreu em caquexia. A autópsia revelou tumor apenas naquela localização.

JOSÉ RAMOS JR. — O caso é realmente complicadíssimo; impossível, a meu ver, de definitivo diagnóstico clínico. Para isso, existem as reuniões anátomo-clínicas. Se todos os métodos propedêuticos não tivessem, como têm, um limite de alcance para conclusões, evidentemente o diagnóstico estaria feito. Porém, viram os senhores que a propedêutica física, a funcional, a radiológica, a bioquímica não conseguiram trazer elementos que em conjunto pu-

dessem dar, em definitivo, um diagnóstico. Não teria então valor esta reunião? Jamais se elogia um caso clínico pelo seu diagnóstico definitivo e sim pelos raciocínios em que implica. Aqui foram ventiladas todas as possibilidades de diagnóstico. Temos também elementos para pensar em tumor do aparelho digestivo. O paciente iniciou com inapetência, com perda de quase metade do peso teórico, razão pela qual a anemia não apareceu; estava desidratado e tinha assim glóbulos aparentemente normais. Portanto, acho que as considerações feitas pelo Dr. Gentil e pelo Dr. Parisi dispensam qualquer justificação sob o ponto de vista clínico. Faço minhas as palavras do Dr. Parisi com relação aos linfomas. Poderá se tratar de um linfoma porque, afinal, este constitui uma das mais polimorfos doenças que existem. Porém a hipótese de tumor do tubo digestivo, e tubo digestivo alto, dada a hipossoroalbuminemia inicial, estatisticamente se justifica. Como sabemos, as neoplasias do estômago podem existir por muito tempo sem diagnóstico.

A documentação e o raciocínio apresentados pelo Dr. Marino nos levam, também,

de maneira clara, à hipótese de linfoma, de localização atípica. De modo que, em resumo, parece ter ficado o caso bem esclarecido e a linha de raciocínio adotada nos leva à possibilidade de dois diagnósticos mais prováveis: linfoma, com localização atípica e de metástase de tumor de outra localização, possivelmente, do tubo digestivo alto.

NECROSCOPIA

ANTONIO LUISI — Os achados mais importantes da autópsia foram: neoplasia maligna do estômago (adenocarcinoma) com metástase na pequena curvatura. Neoplasia epitelial maligna da próstata. A lesão da região ínguino-ilíaca é uma lesão metastática constituída por elementos adenocarcinomatosos. Nosso problema foi saber se a metástase era do carcinoma gástrico ou prostático. A coloração para mucina foi positiva, o que nos leva a pensar em que a metástase era provavelmente de tumor gástrico. O tumor da próstata só excepcionalmente produz mucina. Além disso, a fosfatase ácida era normal.