

Carcinoma Espinocelular do Colo Uterino, Carcinoma Adenomatoso do Endométrio e do Cólon Sigmóide

232.^o Reunião Anátomo - Clínica

RESUMO DO CASO CLÍNICO

Relator: *Dr. Moses Zitron*

U. A. F., do sexo feminino, de 37 anos, branca, brasileira, natural da capital de São Paulo, de prendas domésticas, solteira, foi admitida neste Instituto sob registro n.^o 60-3141, no dia 17-12-60. Relatou que, havia um ano, passou a sentir dores no hipogástrio; precedendo as menstruações, apresentava perdas sangüíneas pelos genitais externos com duração de 15 dias. Emagreceu cerca de 10 quilos. Negava ter tido diarreia, sangramento ano-retal ou perturbações urinárias. Foi submetida a biopsia do colo uterino que revelou carcinoma espinocelular. Nos antecedentes familiares nada havia digno de nota. Não era etilista nem tabagista. Menarca aos 14 anos de idade; catamênios regulares. Última menstruação em 24-11-60. Estava em tratamento de amebíase. Ao interrogatório dos diversos aparelhos, nenhum dado de valor semiológico. Exame físico: Paciente em regular estado geral. Mucosas coradas. Pêso: 53,3 Kg. Altura: 1,57 m. Pressão arterial: 140x85 mm/Hg. Pulso: 100 p.m., rítmico. Temp.: 36,4° C. Sistema ganglionar: nada digno de nota. Aparelhos circulatório e respiratório normais. Abdômen: Dor, à palpação, na fossa ilíaca direita; fígado não palpável mas, percutível ao nível do 6.^o intercosto direito; baco não palpável, nem percutível. Genitais externos normais; colo de útero, de volume normal, com pequena erosão no lábio superior e ligeiramente endurecido; fundos de saco e paramétrios livres; histerometria: 7 cms.

Exames complementares: Colposcopia: leucoplasia + base + mosaico. A prova de Schiller revelou-se iôdo-negativa nas áreas suspeitas. Biopsia do colo do útero:

microcarcinoma. Colpocitologia: IV (Papanicolau). Exame cistoscópico: normal. Exame proctológico: polipose reto-cólica a partir de 6,5 cm da margem anal; sem sinais de invasão do reto e ânus pelo tumor do colo uterino. Biopsia do pólipó retal: a 13 cm da margem anal: carcinoma adenomatoso. Urografia excretora: normal. Enema opaco: polipose reto-cólica. Ligeira anemia hipocrômica. Ureia e glicose no sangue em taxa normal. Ligeira hiposserinemia. Análise Urina, normal.

Evolução: Corrigida a anemia com transfusão de sangue total. A paciente apresentou cólicas intestinais e evacuações sanguinolentas. Após preparo intestinal com esterilização por neomicina, ftalilsulfatiazol e laxativos, foi levada à mesa operatória em 3-3-61, com o seguinte plano cirúrgico: esvaziamento pélvico posterior, com ligadura da artéria mesentérica inferior na sua origem. No ato cirúrgico, verificou-se, além das neoplasias do útero e do segmento reto-sigmóide, um tumor anular interessando a serosa, no cólon descendente, junto ao ângulo esplênico.

Diante de tal achado, ampliou-se a cirurgia, com hemicolecomia esquerda retirada do grande epíplon, ressecção total da vagina, do períneo e da vulva. O ato cirúrgico durou cerca de 9 horas e 40 minutos, com períodos de choque circulatório periférico, recebendo, a paciente, cerca de 5.800 ml de sangue total. O pós-operatório decorreu acidentado, havendo variações grandes de pressão arterial que chegou a ser indeterminável, extremidades cianóticas e frias e respiração tipo de Kussmaul, sendo administrados sôro glicosado a 5% com nor-adrenalina, sangue total (perfazendo um total de 8,1 ml e Solucortef, vindo a paciente a falecer no 3.^o dia pós-operatório. O exame anátomo-pato-

lógico da peça cirúrgica revelou: polipose generalizada — 6 pólipos a 8, 9, 13, 16, 19 e 27 cm. da margem anal do intestino; carcinoma adenomatoso gelatinoso dos 4 pólipos mais próximos da margem anal e do cólon descendente; gânglios mesocólicos e hipogástricos não comprometidos; carcinoma espinocelular do colo uterino e carcinoma adenomatoso do corpo uterino.

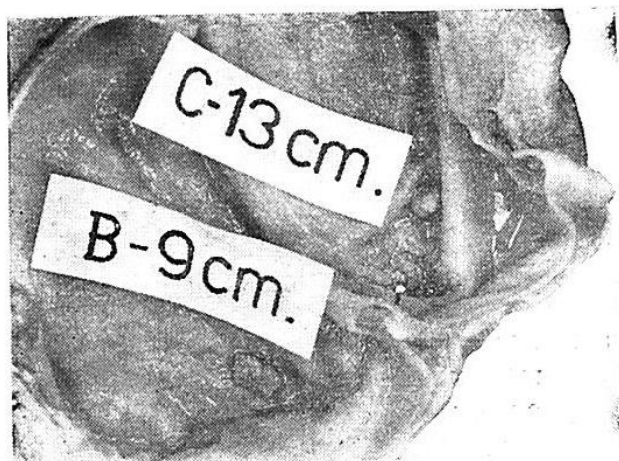


FIG. 1 — Pólipos com degeneração adenocarcinomatosa localizados a 9 e 13 cms. da margem anal respectivamente.

DIAGNÓSTICO DO RELATOR

Anatômicos: Carcinoma espinocelular do colo uterino. Carcinoma adenomatoso do corpo uterino. Carcinoma adenomatoso gelatinoso do cólon descendente.

Funcional: Polipose intestinal generalizada; desequilíbrio eletrolítico.

Causa mortis: Choque circulatório cirúrgico, irreversível.

COMENTÁRIOS CLÍNICOS

Comentador: *Dr. Sílvio Cavalcanti*

Este caso é interessante pela multiplicidade de lesões malignas. A freqüência dessa multiplicidade, verificada em autópsias, varia de 0,8 a 4,5%, o que demonstra sua relativa raridade.

Verifica-se que, na anamnese não mereceu atenção a sintomatologia intestinal apresentada pela paciente que durante a hospitalização voltou a apresentá-la. Queremos chamar a atenção para o diagnóstico clínico de amebíase que foi feito anteriormente, diagnóstico esse que é comumente feito, levando o paciente a um tratamento específico, embora seja portador de neoplasia: igualmente sucede, em tais casos, o diagnóstico de hemorroidas. Cerca de 82% dos casos de câncer intestinal apre-

sentam sangue nas fezes. Daí a importância do toque retal que, na maioria das vezes, é esquecido pelo médico prático.

Quanto ao preparo intestinal pela neomicina e ftalilsulfatiazol, o consideramos excelente mas, não concordamos com o tempo excessivo por que foram usadas estas drogas, acarretando abolição da flora intestinal com repercussão na síntese de vitamina K.

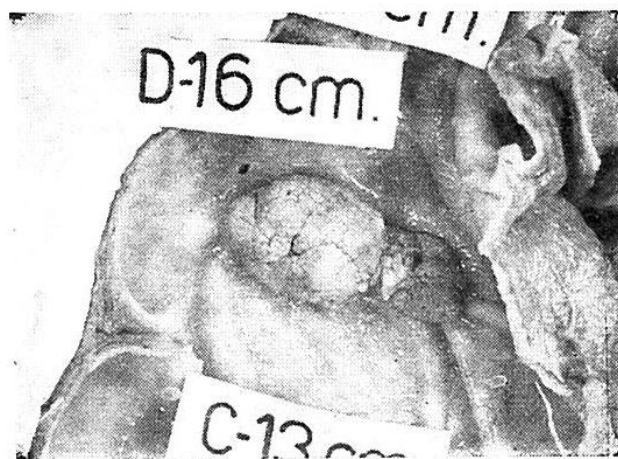


FIG. 2 — Pólipos com degeneração carcinomatosa localizados a 16 cms. da margem anal.

A cirurgia efetuada foi muito ampla e a nosso ver, poderia ter sido poupado o grande epíplon, parte da vagina, em particular a parede anterior, que serve de sustentação para a bexiga. Tal amplitude da cirurgia motivou o choque circulatório



FIG. 3 — Pólipos simples do sigmóide.

periférico irreversível. A manutenção da pressão foi conseguida às custas da noradrenalina.

Quanto ao exame radiológico do intestino grosso, há dois pontos importantes neste caso. Um deles pode ser considerado filigrana do diagnóstico, exigindo paciência por parte do radiologista, melhor preparo do doente e experiência do Serviço: o diagnóstico de pólipos. Pode-se dizer que a feitura desse diagnóstico, em maior número de casos por determinado Serviço, indica o padrão em que tal Serviço funciona. O outro ponto se refere ao fato de parecer existir um erro grosseiro do Ser-

me dêsse ângulo esplênico. Tudo isso não significa ser impossível fazer o diagnóstico radiológico do tumor. Evidentemente, houve a coincidência da paciente apresentar dois tumores, com a sintomatologia, apenas, de um.

Dr. Elme Garcia — Não havia nenhuma dilatação a montante da alça obstruída?

Dr. Rafael de Lima — O tumor do cólon descendente não provocou dilatação a montante, pois o obstáculo não era total e ao lado da diminuição da luz, há aquela do tônus e da motilidade do segmento intestinal; só nos casos em que a estenose é completa, observa-se uma dilatação a montante.

Dr. Fernando Gentil — Achemos que a cirurgia foi muito ampliada: como o pólipos mais proximal estava a 8 cm da margem anal, poder-se-ia preservar o esfíncter e uma porção de 2 a 3 centímetros de reto e poupar parte da vagina, do períneo e da vulva. Deveriam ser tratados pela cirurgia, apenas, os tumores intestinais, reservando-se para a radioterapia os tumores do útero. No caso de polipose intestinal, deve-se no ato cirúrgico fazer a coloscopia, para saber qual o segmento que deve ser preservado.

Dr. Henrique C. Sampaio — A esterilização excessiva da flora intestinal tem implicações muito sérias: não formação de vitamina K, ausência de síntese da vitamina B, aparecimento de monilíase, que pode provocar edema da parede intestinal, com perfuração e acentuação dos processos hemorrágicos.

Dr. M. O. Roro Nobre — Embora a lesão tumoral do colo uterino fôsse pequena, limitada, a aplicação de radium podendo trazer resultados bem satisfatórios, não vejo porque fazer restrições ao monobloco cirúrgico, neste caso. A indicação de se retirar cirurgicamente, num tempo único, os tumores intestinais e o do colo do útero era preferível, pois, se a cirurgia se restringisse apenas aos primeiros, esta paciente teria que esperar algum tempo para iniciar a irradiação que seria feita em condições desfavoráveis. De modo que o monobloco me parece justificado. Quanto à extensão da operação, não cabe a um radio-terapeuta discutir. Mas acho que, se ela se estendeu a toda a vagina, a parte da vulva e períneo, foi por causa da lesão do



FIG. 4 — Carcinoma adenomatoso gelatinoso obstruindo totalmente a luz do cólon descendente.

viço, em não evidenciar um tumor do ângulo esplênico. No caso dos levantamentos abreuográficos, em cerca de 98% dos casos não são vistas certas imagens pulmonares porque ou se localizam por trás do coração, ou ao lado do coluna. O mesmo sucede neste caso de tumor do ângulo esplênico, cuja incidência é de pequena porcentagem: 2%.

Dr. Moses — É tumor do cólon descendente, próximo à flexura esplênica.

Dr. Jacyr — Se fôsse do cólon descendente seria bem visível. Por coincidência, neste caso, a paciente tinha um cólon redundante, o que torna muito fácil o exa-

colo do útero. Realmente, gostaria de ver reduzida essa cirurgia.

Dr. David Erlich — A volemia sanguínea no caso em particular, deveria ter merecido a atenção devida, pois, havia uma hipovolemia, em vista da perda de peso e o estado geral da paciente. A volemia pode, em última análise, ser calculada através do peso perdido.

Dr. Elme Garcia — A ampliação da ressecção intestinal se justifica plenamente em vista de, macroscopicamente, não termos elementos para sabermos se o primeiro pólipó retal era ou não degenerado. A vagina deve ser retirada em vista da disseminação tumoral se dar por toda a superfície desse órgão pela distribuição linfática, preferimos não sacrificar a radicalidade da operação.

Dr. José Ramos Junior — No planejamento terapêutico pré-operatório o uso prolongado de antibiótico traz inconvenientes, pois, alteram-se todas as bactérias do tubo digestivo. Assim, o fornecimento e a elaboração dos componentes das vitaminas B e K se tornam prejudicados, bem como, evidentemente a produção de protrombina, uma vez que esta se encontra na dependência do fornecimento da vitamina K ao hepatócito. O hepatócito com este material e ainda os produtos de elaboração de sua própria célula, produz a protrombina, que é um dos elementos a influir no tempo de coagulação. O fato do tempo de coagulação ser normal não implica na diminuição deste fator, que pode existir no limiar das quantidades de protrombina. Verifica-se que o antibiótico, embora promova a esterilização da flora normal do intestino, não atua sobre duas infecções: pelo *Stafilococcus* e pela *Monilia*. Há, então, frequentemente uma enterocolopatia estafilocócica, até com ulcerações. Os cirurgiões devem estar muito atentos quanto ao peso teórico de cada paciente, pois, isto possibilita cálculo fácil da volemia e das necessidades de recomposição no pré-operatório, como prevenção de choque.

A causa mortis foi o choque circulatório periférico, que se estabeleceu durante

a fase adrenérgica, isto é, nas primeiras 72 horas de todo pós-operatório. Esta paciente teve, na realidade, a sequência de todos os subtipos de choque, do ponto de vista fisiopatológico: neurogênico, peptônico e, por fim, o histamínico. Foi um choque irreversível.

Achados Necroscópicos:

Necroscopista: Dr. Afonso Krug Filho.

Causa mortis: Choque circulatório periférico.

Diagnóstico da moléstia principal:

Carcinoma espinocelular do colo uterino.

Carcinoma adenomatoso do endométrio.

Carcinoma adenomatoso do cólon sigmóide.

Diagnósticos anatômicos:

Carcinoma espinocelular do colo uterino.

Carcinoma adenomatoso do endométrio.

Carcinoma adenomatoso do cólon sigmóide.

Polipose do sigmóide e reto.

Congestão, atelectasia e enfisema variante dos pulmões.

Congestão do baço.

Congestão do fígado.

Congestão do rim.

Divertículo do intestino delgado.

DISCUSSÃO ANATOMO-CLÍNICA

Dr. Alberto Francia Martins — O conceito de microcarcinoma é dado em função do tamanho da lesão e da alta sobrevivência dos pacientes portadores. É um conceito clínico.

Dr. Afonso Krug Filho — O anátomo-patologista não deve usar essa nomenclatura, e sim falar em carcinoma.

NOTICIÁRIO

Inscrição para Médico Residente no Instituto Central — Hospital A. C. Camargo

A Associação Paulista de Combate ao Câncer está divulgando a abertura de inscrição para novos Médicos Residentes do Instituto Central — Hospital A. C. Camargo.

A Residência proporcionada pelo Instituto, durante a qual é ministrado curso de Cancerologia, representa, particularmente para os recém-formados, excelente oportunidade de especialização em doenças neoplásicas. Paralelamente a esta especialização, possibilita ampla aprendizagem e experiência, quer no âmbito da patologia geral e cancerológica, no domínio da cirurgia geral e regional, na órbita da clínica médica e da quimioterapia antineoplásica e ainda no setor de radioterapia, cujo Serviço no Instituto oferece condições de pleno aproveitamento para o exercício da radioterapia clínica e oncológica.

Tal aprendizagem e experiência, obtidas no curso da Residência, se devem, em boa parte, às próprias características da prática diagnóstica e terapêutica da cancerologia e ao grande e crescente número de pacientes que vêm ao Instituto.

Significa, pois, esta abertura de inscrição um convite do maior interesse para aqueles que desejam uma oportunidade, no nosso próprio país, de aprimoramento técnico e científico.

As instruções para esta inscrição e os dados essenciais sobre a Residência se acham no edital que está sendo divulgado e cujo teor é o seguinte:

1) Acham-se abertas até 1.º de dezembro as inscrições para Médicos Residentes no Instituto Central — Hospital A. C. Camargo.

2) O preenchimento da vaga se fará por julgamento da *curriculum*, submetido

ao Conselho Técnico Administrativo do Instituto.

3) A duração da Residência é programada para três anos, com exceção das especialidades em Radioterapia e Anatomia Patológica, ambas de dois anos, submetendo-se o candidato a um período de observação de três meses, findos os quais será assinado um contrato por mais 9 meses, que será renovado ou não de acordo com o aproveitamento do Residente.

4) No ato da inscrição o candidato deverá declarar a especialização que pretende seguir, a saber: Cirurgia, Clínica Médica, Radioterapia e Anatomia Patológica.

5) Seja qual for a especialidade que pretenda seguir, durante o primeiro ano o Residente deverá fazer um rodízio em cada um dos quatro Departamentos: Cirurgia, Medicina, Radiologia (Radiodiagnóstico e Radioterapia) e Anatomia Patológica.

6) Os 2.º e 3.º anos serão dedicados à especialidade escolhida pelo Residente.

7) Os candidatos escolhidos deverão apresentar-se no Instituto entre os dias 1.º e 10 de janeiro.

8) Os Residentes trabalharão em regime de tempo integral, sendo obrigados a assistir às aulas de todas as matérias incluídas no curso de cancerologia, às Reuniões Anátomo-Clínicas e do Seminário Clínico, dar os plantões que lhe couberem de acordo com a respectiva escala assim como realizar todas as tarefas para as quais forem designados.

9) Os Residentes não poderão exercer qualquer trabalho fora do Instituto Central.

10) Os Residentes receberão “bolsas” anuais da Associação Paulista de Com-

bate ao Câncer, no valor de Cr\$ 180.000,00 para o primeiro ano e Cr\$ 216.000,00 para o segundo e terceiro anos, que serão pagas em parcelas mensais das quais serão descontados, mensalmente, para utilidades, Cr\$ 3.000,00.

- 11) O candidato deverá enviar, com seu *curriculum*, uma pública forma de seu diploma de médico ou atestado de conclusão de curso, certificados de suas atividades assinados pelos professores ou chefes de serviço onde trabalhou, 3 fotografias, de frente, 3x4 e o formulário anexo devidamente preenchido.

"OS Esvaziamentos Cervicais e Seus Problemas"

Sob este título, foi recentemente lançado pelo Fundo Editorial Prociencx, um valioso livro de autoria dos Drs. Jorge Fairbanks Barbosa, Josias de Andrade Sobrinho e Cláudio Hamilton Faccio, respectivamente Chefe e Médicos Titulares do Serviço de Cabeça e Pescoço do Instituto Central — Hospital A. C. Camargo.

Baseada na experiência obtida pelos autores em 10 anos de atividade do Serviço a que pertencem e numa casuística que se afigura como a de maior vulto em nosso país, a obra apresenta minucioso estudo da anatomia regional, da correta indicação daquelas intervenções, bem como de suas técnicas e das complicações que podem sobrevir.

Do maior interesse e utilidade para os que se dedicam à otorrinolaringologia, à cancerologia em geral e no setor especializado de Cabeça e Pescoço e à cirurgia geral, o livro é prefaciado pelo Prof. Alípio Corrêa Neto e ilustrado por grande número de esquemas anatômicos e sobre pormenores da técnica operatória.

Serviço de Registro Geral de Câncer

A Associação Paulista de Combate ao Câncer está noticiando a próxima instalação de um Serviço de Registro Geral de Câncer que possibilitará o estudo epidemiológico das neoplasias malignas no município de São Paulo.

Tal estudo completará a incidência global da doença e por suas diversas localizações, o índice de letalidade, os fatores cancerígenos e a profilaxia do câncer. Estes elementos estatísticos e dados epidemiológicos inexistem, até o momento, em nosso meio.

A organização do Registro, bem como a colheita de dados e o estudo analítico que o mesmo irá proporcionar, estão a cargo de uma equipe de médicos constituída pelos Drs. Antônio Pedro Mirra, Médico Titular do Departamento de Cirurgia do Instituto Central, Hospital A. C. Camargo, Massaki Udihara, Diretor do Departamento Técnico-Social do mesmo Instituto e Maria Lucila Milanese, Assistente do Departamento de Estatística da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

O registro será feito mediante o preenchimento de uma ficha apropriada, ao ser atendido um novo caso da moléstia no município de São Paulo, a partir de 1.º de Janeiro de 1963.

Na solicitação que está fazendo a todos os médicos que clinicam na Capital de São Paulo, a equipe responsável pelo Registro está lembrando que a moléstia já é de notificação compulsória desde 21 de janeiro de 1961, de acordo com o artigo 9.º do Decreto do Governo Federal, n.º 49.974,

Os médicos organizadores do Registro esperam, assim, contar com o espírito científico e de colaboração de seus colegas para atingir o elevado objetivo visado pelo Serviço que em breve iniciará suas atividades.