

Um Caso de Cordoma Sacrococcigiano

234.º Reunião Anátomo-Clínica

Resumo do caso clínico

Relator: Simão Grossmann

M. C., de 55 anos, do sexo masculino, branco, brasileiro, procedente de Minas Gerais, casado e lavrador de profissão, procurou o Instituto no dia 27-7-1959, queixando-se de dor na região sacra, datando de 5 anos.

Submeteu-se a diversos tratamentos com injeções e comprimidos de medicamentos cujo nome ignorava, tendo tido períodos de melhora da dor. O estado geral não se alterou tendo mesmo engordado 7 quilos.

Foi encaminhado ao Instituto, com laudo radiológico de: "erosão da porção distal do sacro", com reações positivas para lues e diagnóstico histopatológico da lesão de: "carcinoma gelatinoso". Demais dados da anamnese, inclusive sobre os antecedentes pessoais e hereditários sem importância.

Exame físico geral: Estado geral regular. Pêso 60 kgs. Altura 1,58 m. Aparelho circulatório: Pressão arterial: 115x80 mm 3Hg; Pulso cheio e ritmado, de 100 p. m. Coração: sem anormalidade. Ao exame dos demais aparelhos nenhum dado de valor semiológico.

Exame regional: Inspeção: tumor globoso, situado na região sacra, com 22 cms. no sentido longitudinal do tronco e 25 cms. no transversal, recoberto por pele de aspecto normal. Palpação: Tumor de superfície lisa, limites pouco nítidos, consistência elástica, pouco doloroso à palpação. Gânglios inguinais não significativos. Edema das pernas. Toque retal: Abaulamento da face posterior do reto, a partir de cerca de 3 cms. do rebordo anal e de limite superior indeterminável pelo toque. Au-

sência de sinais de comprometimento da parede retal.

Exames subsidiários: Exame sumário de urina: Albumina: 0,3g/1.000 ml; grande quantidade de pus; numerosas bactérias. Urobilinogenia presente, 1/200. Hemograma - 25-8-61: Leucócitos: 3.600 p. mml; Contagem específica: Segmentados, 60; Eosinófilos, 0; Basófilos, 0; Linfócitos 10; Monócitos, 1. Hemácias: 3.600.000 p. mml; Hemoglobina, 73%; Hematócitos, 30%; Hemossedimentação, 127 mm; Plaquetas, 150.000 p. mml; Tempo de sedimentação: 1'. Tempo de coagulação: 10'30.

Exame químico do sangue: 25-8-61 — Uréia, 100 mg%; Glicose, 85mg%; Proteínas totais, 5,1g%; Serina, 2,3g%; Globulina, 2,8g%; Índice S/G, 0,8; Fórforo, 5,7 mg%; Fosfatase alcalina, 3,3 Unid. Bodanski; Cálcio, 9mg%; Creatinina, 1,6 mg%.

Reações sorológicas para a lues: negativas.

Radiografia do tórax: "Transparência normal dos campos pleuro-pulmonares. Elevação da cúpula diafragmática à esquerda".

Radiografia da bacia: "Destruição total da metade inferior do sacro, observando-se na mesma região grande massa tumoral com densidade de partes moles e pequenas calcificações esparsas, especialmente na periferia da citada formação. Aspecto sugestivo de cordoma do sacro" (Fig. I e II).

Biopsia "Rotatória" do tumor. Diagnóstico: Cordoma.

Evolução: O paciente voltou ao Instituto no dia 12-8-61, isto é dois anos após sua matrícula no mesmo, queixando-se de dor intensa na bacia e nas pernas. Ligeira impotência muscular nos membros inferio-

res. Em 22-8-61, foi internado vindo a falecer quatro dias depois. Durante o internamento, acusou dificuldade de micção e evacuação intestinal e dor persistente na região comprometida pelo tumor.



FIG. 1 — Destruição da metade inferior do sacro.

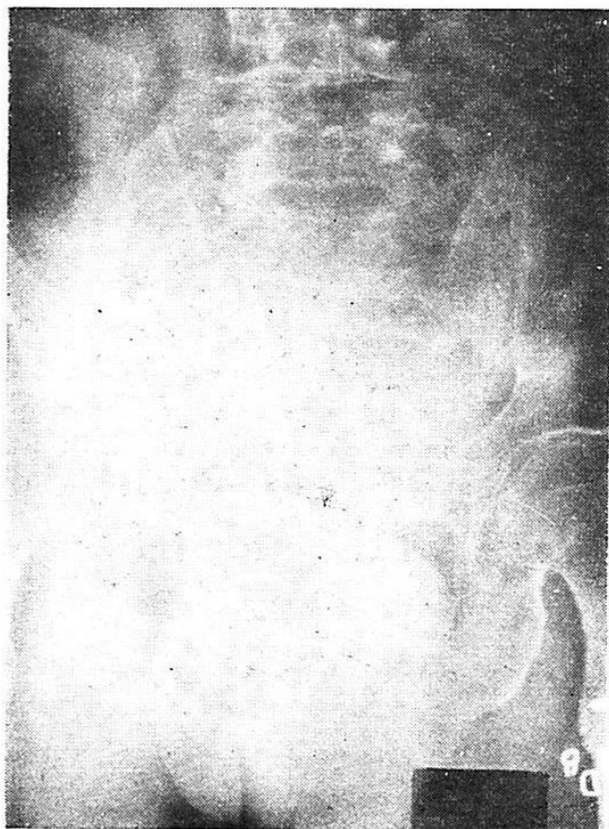


FIG. 2 — Massa tumoral com densidade de partes moles e pequenas calcificações esparsas.

No quarto dia de internamento, caiu ao solo, ao fazer a tentativa de caminhar, após o que passou a ter sudorese, extremidades frias, hipotensão arterial e pequena hemorragia pelo orifício deixado pela biopsia feita na manhã daquele dia. Embora medicado para o choque, faleceu aos primeiros minutos do dia seguinte.

COMENTÁRIOS CLÍNICOS:

Comentador: Fernando Gentil

Temos pouca coisa a dizer d'êste caso, sob o ponto de vista anátomo-clínico, pois o paciente passou pouco tempo no hospital.

O diagnóstico de Cordoma no caso é simples, baseado na história e no exame radiológico que são bastante típicos. Tenho a impressão de que a morte decorreu, em parte, do quadro apresentado pelo paciente que já estava em mau estado geral, com tumor muito grande, policístico, contendo verdadeiros lagos sangüíneos. Poderia ter ocorrido hemorragias dentro do próprio tumor, seguidas de anemia aguda e morte.

A literatura a respeito de cordoma é bastante pobre, principalmente em nosso meio, onde encontrei, apenas, um caso relatado por Zerbini. Em 1856, Virchow descreveu, pela primeira vez, certas formações neoplásicas ao nível da sincondrose suboccipital, ou esfeno-occipital, formações a que deu o nome de "encondrose fissalifera", por julgar que as células constituintes eram de natureza cartilaginosa. As células que caracterizam os cordomas contêm substância mucinosa o que, às vezes, conduz o patologista a um diagnóstico errado; o que aconteceu neste caso, em que o primeiro patologista fez diagnóstico de "carcinoma gelatinoso". Müller, dois ou três anos depois, estabeleceu correlação entre essas formações e a *chorda dorsalis*, porém não fez comprovação histológica. Somente em 1894, Ribbert comprovou sob o ponto de vista embriológico, experimental e clínico, serem êsses tumores, já denominados "cordomas" por Müller realmente originários de restos embrionários da notocorda primitiva.

Henning, em 1900, descreveu o primeiro caso de cordoma de região sacrococcígea pois, os anteriormente descritos foram observados em região mais alta. É interessante assinalar-se que a distribuição topográfica d'êsses tumores é mais ou menos a seguinte: 60% de localização na região sa-

crocoecígea, 30% na região suboccipital e 10% nas várias outras regiões da coluna.

O crescimento é bastante lento; o tumor vai comprimindo os estruturas vizinhas e posteriormente destrói o tecido ósseo e as raízes nervosas sensitivas ou motoras, razão por que observamos em muitos casos e após certo grau de evolução, que os sintomas mais importantes são urinários e retais. No caso em questão, o paciente apresentava retenção urinária bem como dificuldade à evacuação. Inicialmente, o único sintoma apresentado foi dor.

Tive oportunidade de rever em março de 1948, 128 casos de literatura mundial. Um número bastante grande deles tinha sido submetido à hemorroidectomia porque, de início, a dor apresentava-se na região anal. No decorrer dos anos, com a evolução extremamente lenta desses casos, observou-se a imagem radiológica do sacro que se caracteriza por trabeculização, expansões e às vezes, por pequeninas áreas de calcificação. Evidentemente, em caso de evolução mais adiantada, tais expansões vão determinar destruição óssea. Esses são os característicos clínicos principais. No que se refere ao diagnóstico, naturalmente não se foge à regra pela qual só a biópsia dá a certeza absoluta.

No diagnóstico diferencial devemos ter em conta, em primeiro lugar, o câncer gelatinoso do reto e, a seguir, os sarcomas da região.

Quanto à disseminação, só em, aproximadamente, 11% dos casos se observam metástases, conforme verifiquei na literatura e em 11 casos que publiquei nos Estados Unidos.

Elas são mais freqüentes nos gânglios linfáticos, pulmões e fígado. É interessante notar que os tumores da região sacrococcígea metastatizam mais do que os de outra localização.

A estatística deste Instituto compreende 4 casos. Os 9 casos, do Memorial Hospital, por mim publicados, foram colhidos de 31.099 pacientes examinados entre 1930 e 1943, e eram 2 da região suboccipital e 7 da região sacrococcígea.

Humberto Torloni: Este paciente sofreu um traumatismo ao cair da cama e logo a seguir foi feita a biópsia. Consta do relatório hemorragia no local da biópsia. Qual o papel desta no êxito letal?

Fernando Gentil: Minha impressão é a de que nenhum papel teve no êxito letal do caso. Pelo que está escrito no prontuário, esta hemorragia verificada através do orifício da biópsia foi muito pequena e realmente desprezível.

Gostaria de fazer um pequeno comentário a respeito do tratamento. Realmente esses tumores são extremamente refratários a qualquer tipo de tratamento, quer cirúrgico quer radioterápico ou quimioterápico. Via de regra, têm evolução inexorável. Após a cirurgia, recidivam sistematicamente e são muito pouco sensíveis à radioterapia, que proporciona tratamento paliativo, a ser ministrado sempre após a cirurgia. Via de regra, acontece que os pacientes ao serem operados, já apresentam destruição óssea externa, interessando as raízes sacras, com o que o cirurgião, receiando sacrificá-las faz cirurgia muito conservadora, pouco radical.

Dos quatro paciente do hospital, um faleceu, outro não foi tratado, o terceiro teve um resultado satisfatório após a cirurgia e cobaltoterapia; o quarto teve resultado espetacular após cobaltoterapia e actinomicina D., com o quase desaparecimento clínico do tumor.

José Ramos Jr.: Em primeiro lugar desejo cumprimentar o Dr. Gentil pela exposição criteriosa a respeito de um assunto de casuística rara em cancerologia. O caso clínico não comporta outro comentário, a não ser o de que o óbito deve ser atribuído a insuficiência circulatória periférica em consequência de hemorragia.

DIAGNÓSTICOS NECROSCÓPICOS

Humberto Torloni: Moléstia principal

— Cordoma sacrococcigiano.

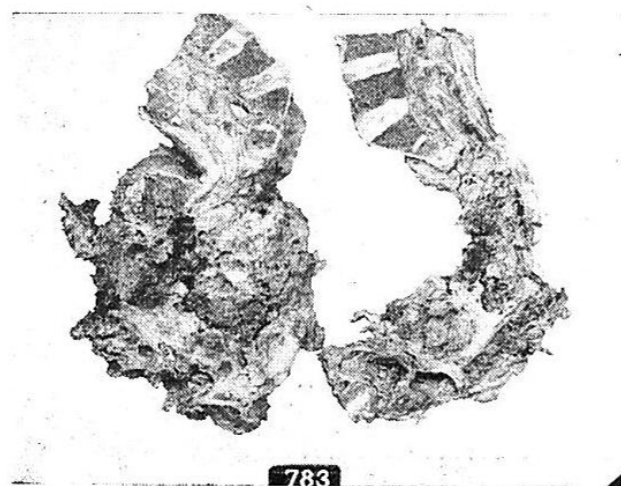


FIG. 3 — Corte do tumor.

Causa mortis — Colapso periférico.

DIAGNÓSTICOS ANATÔMICOS:

Cordoma sacrococcigiano com destruição do sacro à partir de S2.

Metástase hepática de cordoma.

Enfizema pulmonar e antracose.

Hipertrofia cardíaca.

Congestão hepática e colângio-hepatite.

Congestão esplênica.

Arteriosclerose generalizada.

Atrofia senil do testículo.

Edema dos membros inferiores.

Pielonefrite crônica.

O tumor ocupava toda a cavidade pélvica, comprimindo reto e bexiga; a desembocadura ureteral, ao nível da cúpula cervical, se achava completamente alterada. Havia destruição de todos os filêtes nervosos da cauda equina e dos nervos sacros.

Ao corte, o tumor era constituído por grandes cavidades císticas contendo abundante quantidade de sangue e apresentando zonas de necrose (Fig. III).

Havia, tão só, metástases hepáticas pequenas, não se observando metástases ganglionares ou em qualquer outro órgão.