

Linfossarcoma do Mediastino

236.ª Reunião Anátomo - Clínica

RELATOR — Alfonso Gimenez.

P. A. M., de 52 anos, do sexo masculino, preto, brasileiro, operário, procedente de Catanduva, no Estado de São Paulo.

Anamnese da doença:

Havia um ano, passou a ter, com frequência, soluços, particularmente quando ingeria alimentos frios. Pouco tempo depois, apresentou-se dificuldade de deglutição de alimentos sólidos, o que exigia ingeri-los tomando água. Coincidindo com a disfagia que se acentuava progressivamente, surgiu dispnéia de esforço, de intensidade também rapidamente progressiva até manifestar-se mesmo no repouso.

Não teve modificação na voz, hematêmese ou tosse, verificando-se porém, perda de apetite, fraqueza e emagrecimento de 10 quilos.

Nenhum dado de valor semiológico nos antecedentes pessoais e ao interrogatório sobre os diversos aparelhos da economia.

Exame Físico Geral

Aspecto geral: mau. Pêso: 55 quilos. Altura: 1,68 m. Frequência respiratória: 32 p. m. Temperatura: 36,2º C. Mucosas descoradas.

Exame Físico Especial:

Aparelho ganglionar — região inguinal esquerda: vários gânglios coalescentes, moles, elásticos, indolores, móveis sobre os planos profundos e sob a pele. Região inguinal direita: vários gânglios pequenos, moles, móveis e indolores.

Aparelho cardiovascular: Pressão arterial: 210x110 mm/Hg. Pulso cheio ritmado, de 92 p.m.

Coração: raras extrassístoles.

Aparelho respiratório: Tórax enfisematoso, simétrico. À inspiração, retração acentuada dos espaços intercostais e fossa supra-esternal. Som claro, pulmonar.

Murmúrio vesicular, ligeiramente diminuído, do hemitórax direito, no qual se apresentavam sibilos, audíveis no terço médio e principalmente na base. Diminuição do frêmito tóraco-vocal à esquerda, principalmente no ápice.

Nenhum dado de importância ao exame dos demais aparelhos.

Exames subsidiários:

Hematológico — Leucócitos: 5.600 mml. Contagem diferencial: Segmentados, 54;

Eosinófilos, 2; Basófilos, 0; Linfócitos, 42; Monócitos, 2.

Hemácias: 4.650.000. Hemoglobina: 14,0 g. = 93%. Hematócrito: 37%.

Tempo de sangria: 1 minuto. Tempo de coagulação: 7 minutos. Plaquetas: 220.000 mml. Hemossedimentação: 12 mm.

Urina — Densidade: 1027. Albumina: 0,6 g/l. Vários cilindros hialinos e hialino-granulosos.

Exame químico de sangue — Uréia: 60 mg%. Glicose: 75 mg%. Proteínas totais: 5,6 g%. Serina: 2,8 g%. Globulina: 2,8 g%

Citologia do escarro e do lavado brônquico: Classe I.

Provas sorológicas para lues: Wassermann: positivo (++) Kahn: positivo (++)

Exame bacteriológico do escarro: negativo para bacilos álcool-ácido resistentes.

Estudo radiológico — Tórax: “Condensações heterogêneas no campo médio direito e base esquerda. Intensa fibrose intersticial. Áreas de enfisema no campo superior e base direita. Pequena imagem em meia lua, densa, projetando-se sobre o 2.º arco intercostal esquerdo. No perfil, o esôfago acha-se desviado para diante, por prováveis aderências mediastinais. Os cortes planigráficos não evidenciaram “obstruções brônquicas”.

Broncoscopia: compressão extrínseca de ambos os brônquios principais. Biopsia de gânglio inguinal — Linfadenite crônica.

Evolução — O paciente foi internado com dispnéia e tosse, com expectoração branca.

Iniciou tratamento antilúético com penicilina.

Cêrca de 15 dias depois de internado, surgiu edema em ambos os pés. Foi pedido o concurso da Clínica Médica, cujo exame revelou: dispnéia, cianose discreta, edema

sacral e maleolar (++) . Pulso 112, arritmico. Pressão arterial: 150x110 mm/Hg. Sôpro sistólico no foco mitral. Hiperfonese da segunda bulha pulmonar. Tórax enfisematoso. Mobilidade diminuída nas bases, principalmente à esquerda. Frêmito torácico-vocal, ausente na base esquerda. Maciez e ausência de murmúrio vesicular nesta base.

Roncos e estertores crepitantes esparsos.

Fígado palpável, a 3 dedos da reborda costal, na linha hemiclavicular. Estase jugular.

Medicado com cardiotônico, oxigênio, dieta sem sal, diético, além dos antibióticos que já estavam administrados.

Faleceu 5 dias após, isto é, 20 dias depois de internado. Não constam do prontuário os sintomas e sinais que precederam a morte.

Durante o período de internamento não se queixou de disfagia.

Diagnóstico do relator

Bronquite crônica



Bronquectasias infectadas



Fibrose pulmonar +
enfisema pulmonar bolhoso



Insuficiência respiratória mista



Arteriosclerose pulmonar



Anoxia crônica + acidose



Cor pulmonale crônica



Insuficiência cardíaca congestiva

Sífilis terciária —————> Amiloidose

Aneurisma da aorta descendente



<—Compressão extrínseca
brônquios + esôfago

Glomerulonefrite crônica



Hipertensão arterial



Átero-arteriosclerose



Insuficiência renal crônica

Causa mortis: Alterações funcionais dependentes da insuficiência cardíaca congestiva, da insuficiência respiratória mista e da insuficiência renal.

Comentador: Bindo Guida Filho.

Estou de acôrdo com o esquema do Dr. Alfonso, havendo apenas alguns pontos de

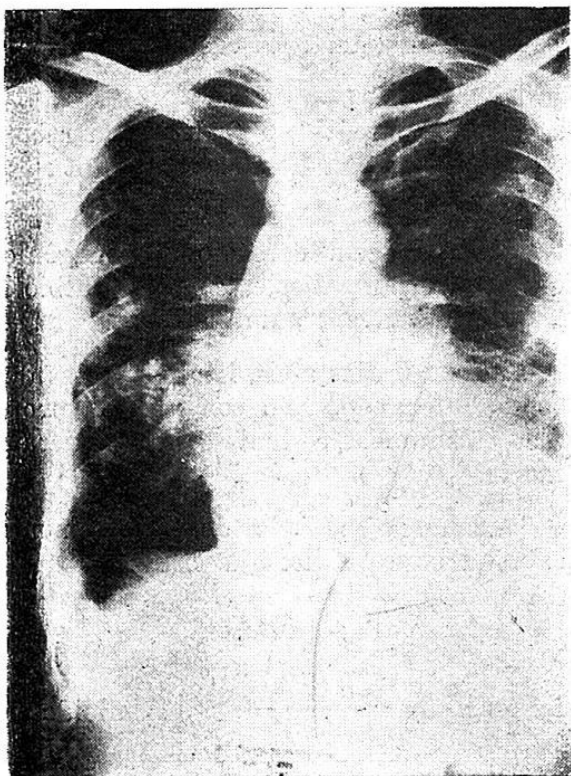


FIG. 1 — Condensações heterogêneas no campo médio D. e base E. Intensa fibrose intersticial.

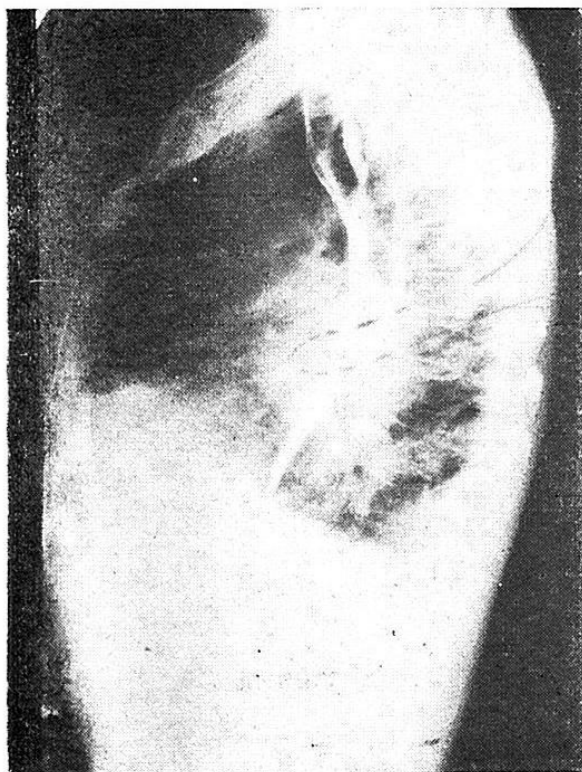


FIG. 2 — Esôfago desviado para diante.

menor importância a serem discutidos. Quero chamar a atenção, especialmente, para a cor pulmonale, para a perturbação do trânsito esofágico por provável aneurisma do mediastino e, finalmente, para o quadro radiológico de fibrose pulmonar.

Inicialmente, o cor pulmonale pode ser produzido por comprometimento de vasos e comprometimento do tecido pulmonar. Considerando os vasos, podemos ter o comprometimento da artéria pulmonar e seus ramos direito e esquerdo, ou então de seus ramos menores. Em relação aos primeiros, pode ter havido arterite cicatricial sífilítica de ramos da artéria pulmonar, ou compressão por tumor. Considerando os pequenos vasos, pode ter havido uma arteriosclerose generalizada, ou outras causas menos prováveis.

Com relação ao pulmão propriamente dito, são aquelas condições que podem levar ao cor pulmonale, como enfisema e as doenças primitivas do pulmão com fibrose e enfisema secundários. Seria o caso, por exemplo, da tuberculose pulmonar com fibrose cicatricial.

No caso deste doente, o cor pulmonale tanto poderia ser conseqüente ao enfisema que apresentaria quanto ao provável comprometimento dos vasos pulmonares.

Quanto à disfagia, o paciente, quando se apresentou à consulta, declarou que a tivera antes mas, que, no momento, estava com o trânsito esofágico normal; portanto, uma disfagia que desapareceu sem qualquer tratamento. Poderia ter sido conseqüente a uma esofagite simples por irritação local, ou, então, por compressão extrínseca dos brônquios e que o esofagograma de perfil mostrou o órgão desviado para a frente.

A hipótese aventada foi a de aneurisma da aorta. O esôfago é órgão que se adapta, com muita facilidade, às modificações do meio ambiente. Um aneurisma, ou mesmo um tumor do mediastino, poderia comprimi-lo, ocasionando esofagite por retenção. Posteriormente, o esôfago se adaptaria às novas condições.

O aneurisma sífilítico tem, geralmente, outra localização, ou seja, na crossa. Além disso, um aneurisma de tal localização empurraria o esôfago para a direita e a radiografia mostra certo desvio para a esquerda. Seria difícil, também, um aneurisma comprimir os dois brônquios, além

do esôfago. Nunca vi um aneurisma que chegasse a êste grau de comprometimento da traquéia e dos brônquios.

Acho, portanto, que deve ter existido outra causa para explicar a compressão.

Quanto às alterações pulmonares, sabemos que são muito numerosas as causas da fibrose pulmonar. Uma afirmação, entretanto, posso fazer: não se tratava de sífilis pulmonar. Esta é ocorrência extremamente rara. Num simpósio realizado nos Estados Unidos, um dos radiologistas presentes declarou que, durante 25 anos, jamais viu um caso de goma sífilítica pulmonar. Em 16 ou 17 anos de análise de radiografias do tórax, nunca vi um caso suspeito de sífilis pulmonar. Até 1955, na literatura mundial, havia, apenas, 200 casos verificados.

Além disso, o paciente fez tratamento antilúético que deveria ter dado algum resultado clínico e modificado o quadro radiológico. A literatura cita o caso de um doente em péssimo estado que, em poucos dias, teve sintomatologia completamente regredida e o quadro pulmonar melhorado, após o início do tratamento antilúético.

A possibilidade de um linfoma ajusta-se ao quadro clínico e radiológico do presente caso. Revendo as radiografias finais verifico que existe enfisema com provável destruição do tecido pulmonar. Existem dois tipos de afecção que exibem êste quadro radiológico final: a doença de Hodgkin e a sarcoidose. O quadro radiológico típico da doença de Hodgkin ou da sarcoidose, quando comprometem o pulmão, é êste. A sarcoidose apresenta, com bastante frequência, gânglios supracirculares, que o paciente não tinha. Assim fico com estas duas hipóteses pondo, em primeiro lugar, a doença de Hodgkin.

Frazão: Corroborando o raciocínio do Prof. Bindo, três moléstias poderiam dar reação de Wassermann positiva, ou sejam: a moléstia de Hodgkin, a Sarcoidose e o Lupus eritematoso, todos acarretando fibrose e cor pulmonale final. Acho que a hipótese de sífilis pulmonar deve ser afastada, adotando-se o diagnóstico de Hodgkin.

José Ramos Jr.: As considerações diagnósticas feitas pelo Dr. Alfonso são o que se pode dizer de mais perfeito sob o ponto de vista clínico.

Os comentários do Prof. Bindo foram completos dentro do que é possível numa reunião anátomo-clínica. O sopro sistólico está mal definido na observação. Não se sabe se estava no sopro mitral, se na região mesocárdica, se era um sopro irradiado ou não. Não havia ruídos adventícios diastólicos referidos na observação, de maneira que não concordo, de maneira absoluta, com o diagnóstico de afecção mitral.

A disfagia está mal referida, mesmo assim o Prof. Bindo fez uma exposição propedêutica perfeita.

Quanto à parte clínica propriamente dita, o caso é muito interessante. Cor pulmonale crônica deve ter existido porque existiam fibrose pulmonar e enfisema bolhoso que constituem causas, das mais frequentes, de arteriosclerose pulmonar produzindo, em consequência, a síndrome de cor pulmonale crônica.

Não concordo com o Prof. Bindo quanto à arteriolo e arteriopatia sífilítica, pela sua raridade. Em segundo lugar, quando Ayerza, na Argentina, há muitos anos passados, descreveu o quadro da arteriopatia pulmonar sífilítica, que chegou-se a chamar de "enfermidade de Ayerza", foi de tal modo combatido no estrangeiro e aqui no Brasil, em São Paulo, pelo Prof. Jairo Ramos, que realizou estudos a respeito, que, praticamente, sob o ponto de vista clínico, êste diagnóstico deve ser feito.

O mesmo se diga da sífilis pulmonar, que é raríssima. Toda vez que nódulos pulmonares possam dar a impressão de goma pulmonar, é necessário que outras manifestações lúéticas terciárias, em organização, estejam presentes e que sofram remissão com o tratamento específico. O caso da literatura citado pelo Prof. Bindo, não escapa a esta crítica porque a penicilina poderia ter curado inclusive uma infecção não sífilítica, de localização pulmonar. Daí porque o diagnóstico de sífilis pulmonar nunca pode ser seguramente feito, sem a demonstração histopatológica.

Qual seria então o diagnóstico dêste caso? É preciso não esquecer um fato importante: êste homem emagreceu num ano 10 quilos. Havia portanto uma doença grave, séria, comprometendo a nutrição.

Estaria em jogo, então, o grupo de doenças malignas, e destas, aquela que aparece como mais provável, em face dos elementos de que dispomos é o Linfoma, de

localização predominantemente interna, não podendo ser surpreendido pela palpação ou inspeção.

Acho muito bem feita a correlação estabelecida pelo Dr. Alfonso quanto a parte clínica. O diagnóstico de amiloidose, evidentemente, é de probabilidade e somente pode ser estabelecido sob o ponto de vista clínico, com a prova do Vermelho-Conga que não foi feita. Acredito não ter havido aneurisma da aorta descendente, porque este sempre corrói as vértebras; uma das características desse aneurisma é a corrosão vertebral com a neurite traumática, que produz a pior das dores.

Concordando em que se trate de tumor do mediastino: um linfoma, ou talvez uma dessas raridades que a anatomia patológica possa demonstrar.

Quanto à glomerulonefrite crônica, de acordo com o Dr. Alfonso, não foi estudado o estado funcional do rim; assim sendo, não é possível afirmar se existe ou não insuficiência renal crônica.

Muito bem procedeu o Dr. Alfonso mencionando na *causa mortis* três elementos: um, que não se pode afirmar, a insuficiência renal crônica; dois outros que, seguramente, existem e que são a insuficiência cardíaca congestiva e a insuficiência respiratória mista.

Diagnóstico da autópsia — Ferdinando Costa.

Linfossarcoma do mediastino comprimindo brônquios e esôfago.

Infiltração tumoral da adventícia da aorta.

Linfossarcoma de gânglios abdominais.

Fibrose pulmonar difusa.

Derrame pleural esquerdo (2 litros).

Aumento global do coração, com hipertrofia à esquerda.

Rim contraído primário.

NOTICIÁRIO

MÉDICOS PARA O HOSPITAL DO CÂNCER

Foi prorrogado até o dia 1.º de março de 1963 o prazo para as inscrições para Médicos Residentes do Curso de Cancerologia do Instituto Central, Hospital A. C. Camargo da Associação Paulista de Combate ao Câncer, em São Paulo.

O Instituto criou ainda uma Residência de 1 ano para Cirurgiões Dentistas.

Houve, outrossim, um reajuste de salário para os Residentes, sendo que passou

a ser de Cr\$ 18.000,00 a mensalidade para o 1.º ano e Cr\$ 25.000,00 para o 2.º e 3.º anos.

A mensalidade para Cirurgião Dentista, corresponde ao 2.º ano de Residência.

Demais informações poderão ser obtidas naquela instituição, na Rua José Getúlio, 211, Caixa Postal 5171, ou pelo telefone 31-4875, com Srta. Meiry Angela, das 8 às 18 horas.

