

Sarcoma Hemangioblástico do Couro Cabeludo

253.º *Reunião Anátomo-Clinica do Instituto Central-Hospital A.C. Camargo*

Relator: *Jairo Barbosa de Araujo.*

F. J. A., do sexo masculino, de 72 anos, branco, de nacionalidade portuguesa, solteiro, jardineiro — Reg. 620109. Q.D.

— Procurou o Hospital em 11-1-62 queixando-se de uma ferida na cabeça, havia 3 meses. Pequena, de início, situada na região parietal esquerda, indolor, aumentou progressivamente de tamanho, deixando escoar sangue e pus. Não apresentava sintomas ou sinais de afecção das vias aerodigestivas superiores, ou adenopatia cervical, ou emagrecimento.

Procurou médico que após fazer uma biopsia, cujo laudo histopatológico foi de "Hemangiossarcoma", o encaminhou a este Instituto.

Antecedentes e interrogatório — Nada digno de nota.

Exame físico geral — Bom estado geral. Facies atípico. Pêso: 83 quilos. Altura: 1.66 m. Temperatura: 36,2º C.

Aparelho respiratório — Boa expansão dos hemitórax. Frêmito toracovocal normal. Som claro pulmonar. Murmúrio vesicular normal.

Aparelho cardiovascular — Pressão arterial: 190x90. Pulso: 80 b.p.m., cheio e ritmado. Bólbhas cardíacas normais.

Demais aparelhos — Sem anormalidade.

Exame loco-regional

Inspeção — Lesão nodular ulcerada, de configuração irregular, localizada na região parietal esquerda, medindo 6 cms. de comprimento, 4,5 cms. de largura e 1,5 cms. de altura. Lesão recoberta por pele de coloração vinhosa, notando-se na extremidade posterior uma ulceração medindo

2 cms. no maior diâmetro, com fundo recoberto por material necrótico. Cicatriz cirúrgica recente de biopsia.

Palpação — Tumor de consistência semi-elástica e de reduzida mobilidade sobre os planos profundos. Ausência de nódulos cervicais significativos.

Exames subsidiários — Radiografia do tórax — Acentuação da trama pulmonar. Radiografia do crânio — Ausência de lesões ósseas nas diversas incidências tomadas.

Exames hematológico, químico do sangue e de urina, sem alteração de valor semiológico.

Biopsia — Sarcoma de tipo indeterminado.

Operação — (20-3-62) — Exérese, incluindo periósteo + transplante pediculado + enxerto livre da área doadora. Anátomo-patológico da peça: Sarcoma hemangioblástico.

Evolução — Apresentou no sexto dia pós-operatório dispnéia de esforço e extensores crepitantes nas bases pulmonares. Medicado com cardiotônicos, melhorou. Alta hospitalar, em boas condições, no 21.º dia do pós-operatório.

Permaneceu assintomático até 7 meses após a operação, nada de anormal tendo sido verificado em exame radiológico do tórax, procedido no 4.º mês. No 9.º mês se apresentou a exame com uma lesão nodular ulcerada à região frontal direita, na linha de ressecção cirúrgica da operação. Foi, então, submetido a tratamento radioterápico, tendo recebido cerca de 2.000 r.

Dez dias após o início da radioterapia, apresentou dispnéia de esforço e escarro hemoptóicos.

"Pneumotórax à esquerda com pequeno derrame pleural associado. Derrame pleural organizado à direita. Nódulos mal definidos no campo médio direito".

Oito dias depois deste exame apresentou aumento da dispnéia, tendo sido internado com urgência e falecendo no mesmo dia.

Diagnóstico do Relator

Anatômicos: Sarcoma hemangioblástico das regiões parietal esquerda e frontal direita.

Metástases pulmonares?
Pneumotórax esquerdo.
Derrame pleural bilateral.

Funcionais

Insuficiência cardíaca.

Causa mortis

Colapso cardiorrespiratório
Edema agudo do pulmão?
Enfarte pulmonar?
Enfarte do miocárdio?

Comentador — *Karl Gunther Kestel*

Trata-se de paciente idoso que compareceu a nosso Serviço com lesão nodular ulcerada do couro cabeludo, trazendo o diagnóstico histopatológico de hemangiossarcoma. Nossa impressão clínica foi a de um melanoma. Além dessa lesão, apresentava algumas manchas, umas isoladas e outras confluentes, que se estendiam à região frontal, de coloração vinhosa como a principal; essas últimas não apresentavam infiltração e tampouco fixação aos planos profundos.

Tratando-se de tumor de pouca radiosensibilidade, foi proposto tratamento cirúrgico que constituiu na ressecção do tumor, incluindo-se o periósteo com transplante pedicular do couro cabeludo e transplante livre sobre a área doadora.

No pós-operatório teve episódio de dispnéia que cedeu, em alguns dias, com medicação cardiotônica. Nove meses após, teve recidiva na região frontal direita, sendo encaminhado à radioterapia. Alguns dias após apresentou dispnéia e escarros hemópticos e a radiografia do tórax revelou derrame bilateral, pneumotórax à esquerda e nódulo sugestivo de metástase no campo médio direito. Deve-se admitir que a metástase pulmonar se acompanhou

de comprometimento pleural de ambos os lados, responsável pelo derrame e pelo pneumotórax.

Concordando com os diagnósticos anatômicos e funcionais feitos pelo relator, quanto a causa mortis, apto por colapso cardiorrespiratório, não se devendo, naturalmente, afastar as outras hipóteses formuladas.

Jesus Carlos Machado — Gostaríamos de lembrar, quanto à causa mortis, que um trombo pequeno que dê enfarte pulmonar não causa a morte e um trombo grande que cause a morte não dá tempo de formar-se o enfarte.

José Ramos Junior — O doente, portador de um hemangiossarcoma, era um velho de 72 anos sem qualquer sintomatologia respiratória ou cardíaca até certa fase da vida. Meses depois da operação, apresentou dispnéia de esforço e as radiografias mostraram a existência de nódulos pulmonares e principalmente pneumotórax à esquerda, com derrame. Interpretou-se esse pneumotórax como decorrente da mesma doença, isto é, do hemangiossarcoma. Ora, tratava-se de um indivíduo de 72 anos; muito provavelmente ele deve ter tido uma ruptura de bôlha enfisematosa. No diagnóstico diferencial dos pneumotórax não causados por agressão externa, deve ser considerada a bôlha enfisematosa, que é adquirida, bem como, apesar dos 72 anos do paciente, a moléstia cística congênita.

Esta última deveria, sem dúvida, ter dado sintomatologia anteriormente. Assim sendo, é mais provável que uma bôlha enfisematosa tivesse causado o pneumotórax.

Para explicar-se o pneumotórax pelo hemangiossarcoma, seria preciso uma metástase subpleural do tumor que necrosasse; mas isso é muito difícil.

Outro comentário a fazer diz respeito à causa mortis. Falou-se em colapso cardíaco e pulmonar. Um indivíduo portador de pneumotórax, de derrame de ambos os lados e que já vinha com dispnéia, muito provavelmente não tinha insuficiência cardíaca, mas sim respiratória, não sendo possível esclarecer-se se ventilatória ou alvéolo-sangüínea.

Muito provavelmente, tratou-se de insuficiência respiratória pulmonar que o levou à insuficiência circulatória periférica.

Quanto ao diagnóstico de enfarte pulmonar, o Dr. Jesus tem toda razão.

Relatório da necropsia

Necroscopista — *João Paulo Aché de Freitas.*

Diagnósticos principais — Sarcoma hemangioblástico do couro cabeludo.

Insuficiência cardíaca congestiva.

Diagnósticos anatômicos — Metástase de hemangiossarcoma na porção média do pulmão direito, ulcerando a pleura.

Derrame pleural seroso à esquerda.

Miocárdio-esclerose.

Arteriosclerose coronariana.

Aterosclerose aórtica.

Edema e congestão pulmonar.

Enfizema pulmonar crônico do fígado, baço e rins.

Trombose venosa autoctone na medular da adrenal.

Causa mortis — Edema e congestão pulmonar.

José Ramos Júnior — Há um ponto nesta necropsia para o qual gostaria de chamar a atenção, tratando da causa mortis. É a trombose venosa da medular da supra-renal que acarreta a hipofunção e, portanto, a diminuição de secreção da adrenalina e da noradrenalina, elementos essenciais à manutenção do tônus vasomotor comum.

Então, a insuficiência circulatória periférica final, que é a soma da insuficiência respiratória por pneumotórax e da verificada por insuficiência cardíaca congestiva conseqüente à miocárdio-esclerose, constitui o ponto final para as razões da morte do paciente.