

DA PATOLOGIA DOS TUMORES DO GLÔMO CAROTÍDEO

DR. TASSO VIEIRA DE FARIA

Assistente de Clínica Propedêutica Cirúrgica

COM os novos e recentes estudos clínico-experimentais, levados à efeito sobre a patologia da *região sino-glômo-carotídea*, é possível, na hora atual, fazer-lhe uma revisão, que embora não sendo a definitiva, muito importa divulgar, já que as noções clássicas tiveram que sofrer transformações da mais alta importância.

Por sua vez, os estudos e as verificações que ultimamente temos mantido nesta região, permitiu-nos o conhecimento de detalhes, cuja projeção, alcançando-se para muito além das fronteiras que previamente traçáramos, lançou-nos em sendas complexas, num irretorquível processo de análise científica, onde, mau grado a fatura dos cardos, puderam a experimentação e a observação combinadas, conduzir-nos até a revisão da *patologia dos tumores do glômo carotídeo*.

Assunto de palpitante atualidade, traz no bojo toda uma constante promessa de fecundas realizações.

Descrita anteriormente, em suas partes constitutivas, a região do seio carotídeo apresentava uma *morfologia singela* uma vez que era decomposta *analiticamente* apenas em seus *elementos anatômicos* e sobre eles se erigia então toda a patologia da região. Mercê, porém, dos estudos iniciais de WALLER (1862), CZEMARK (1866), FRANÇOIS FRANK (1879), KNOLL (1885), de PAGANO e de seu discípulo SCICILIANO, a partir de 1900, seguidos de perto por outros experimentadores, tal *noção anatômica, individualista*, por seus conceitos, perdeu terreno e, ao invés, criou corpo e tomou domínio a *noção clínico-fisiológica*, que considera a região *como um todo*, formada de partes indecomponíveis, onde as *correlações anatomo-funcionais* mantêm perene e indiscutivelmente um constante estado de *sinergismo orgânico e*

funcional. . . *E' a noção moderna do glômo carotídeo!* Por conseguinte, todas as perturbações levadas ou sofridas nesta região, *têm repercussão total*, no sentido de que se *transmitem à todo conjunto anatomo-funcional do glômo carotídeo*, ou seja, ao seio carotídeo, ao corpúsculo intercarotídeo, aos vasos e nervos do ligamento de MAYER, às terminações simpáticas e parassimpáticas da região, à adventícia das carótidas primitiva, interna e externa.

DANIELOPOLU e sua escola, em 1935, já forneciam uma noção sobre glômo carotídeo na afirmação de que por zona reflexógena sino-carotídea, entendiam "todas as partes constitutivas desta zona — parede de seio e glomus caroticum — que juntos, presidiriam às funções sino-carotídeas." A escola italiana, porém, ampliou e dilatou mais este conceito.

As verificações que realizamos, por outro lado, autorizam-nos, contudo, à consideração acima emitida, com relação ao conceito moderno do glômo carotídeo. Pois, em verdade, testemunharam-nos as muitas secções anatômicas da região bem como as realizações clínico-experimentais por nós em parte já publicadas em 1939, ser perfeitamente justificável aquele conceito.

Como se depreende facilmente do exposto, *não sendo mais possível aceitar individualizações específicas*, resta-nos orientar os processos mórbidos que se assestam na zona sino-glômo-carotídea, num sentido diverso e atual.

Os tumores desta região englobam os diversos tecidos que ali existem, donde as numerosas classificações até o momento propostas, segundo os diversos autores, de *fibromas, angiofibromas, hemangiomas, adenomas, endoteliomas, periteliomas, endope-*

riteliomas, carcinomas, sarcomas, ângio-sarcomas, alveolares, mixo-sarcomas, feocromocitomas, paragangliomas, parasimpatomas, etc..., conforme a *predominância histológica* dêste ou daquele tecido, porém, *nenhuma destas designações corresponde*, na mór parte das vezes, à *verdadeira realidade dos fatos*, isto porque “ainda pairam incertezas sôbre a significação morfológica, embriogenética e anátomo-fisiológica” não somente da glândula carotídea, como quer LATTERI, porém na do próprio glômo carotídeo.

Os tumores de maior frequência *parecem* partir do corpúsculo intercarotídeo e por sua evolução posterior estabelecem relações íntimas com os demais elementos constitutivos do glômo. Vezes outras, *muito menos frequentes*, êles são de *origem vascular*, dando feição clínica aos *aneurismas do seio carotídeo*.

Quando da publicação de nossos trabalhos iniciais em 1939, escrevemos à respeito dêste corpúsculo, as seguintes linhas:

“Acolado à bifurcação da carótida primitiva, face posterior, embora possa esta situação estar muito modificada, à-ponto-de, às vezes, o corpúsculo retrocarotídeo situar na face anterior da carótida primitiva ou sua bifurcação, mantém a forma e dimensões de uma pequena amêndoa.

Foi descrito por HALLER e ARNOLD com o nome de gânglio intercarotídeo, por LUSCHKA, como glândula carotídea; por RIEFFEL e PRINCETEAU, como corpúsculo retrocarotídeo.

“Fixa-se à carótida por meio de seus vasos, artérias, veias e nervos, à bainha fibrosa e pelo ligamento de MAYER — pequena mesovascular.

“As células que o constituem são de natureza epitelióide, incluídas em uma farta rede capilar, donde sua variegada interpretação fisiológica: ANDERSCH (1797), considera-o como um gânglio nervoso; LUSCHKA (1862), como uma glândula vascular sanguínea; ARNOLD (1865), como um simples órgão vascular que existe nos vertebrados inferiores. Atualmente com STILLING (1892) e KOHN (1900),

acredita-se que o corpúsculo retrocarotídeo seja um órgão de natureza nervosa e glandular, ou ainda uma espécie de “paragânglio” do grande simpático cervical. Está incluído no grande sistema cromafínico.”

No que respeita à *estrutura histológica* dos tumores do glômo carotídeo, convém anotar a opinião de LENORMANT, segundo a qual, nestes tumores, estariam representados os elementos constitutivos da glândula — capilares sanguíneos e células intersticiais; porém, *como se discute ainda sôbre a origem e a natureza destas células, não é possível decidir a que grupo de neoplasmas pertencem os tumores da glândula carotídea*: si se admite com KATSCHENKO e PALTAUF, serem as células conjuntivas e estas provirem da parede vascular, tais tumores seriam *periteliomas*; si, ao contrário, com STIEDA, RABL e PRENANT, si os julgar emanantes do *endoderma* da 3.^a ou 4.^a fenda branquial, então os tumores seriam verdadeiros *epiteliomas*.

Divergem os diversos estudiosos neste ponto. Para alguns (a maioria) os tumores do glômo seriam de *natureza benigna*, embora outros, tais como, CALLISON e MACKENSY, admitam a *evolução maligna*.

LATTERI, atualmente, baseando-se em *critérios embriogenéticos* e acentuando que quase na totalidade dos casos os tumores do glômo são de *natureza simpática*, propõe a seguinte classificação, tendo em vista “o estágio evolutivo do elemento que reproduzem”:

simpatogoniomas
simpatoblastomas
feocromoblastomas ou parasimpatomas
ganglioneuromas
paragangliomas ou feocromocitomas.

As primeiras observações de tumores do glômo carotídeo foram devidas, em França, à PALTAUP, MARCHAND, RECLUS e CHEVASSU. Na Alemanha, à KAUFFMAN e RUPPANNER.

Em 1929, BEVAN e MAC CARTHY reuniam 143 casos até então conhecidos na literatura médica. Já por 1936, RANKIN e WELLOCK, revisavam cerca-de 200 casos. Atualmente, com LATTERI, o número de casos estudados ascende a 250.

A idade não parece desempenhar nenhum papel na gênese dos tumores do glômo carotídeo, pois, em verdade, eles podem surgir em todos os períodos da vida. Ilustram esta asserção, as observações de WOSNESSENSKY, que extirpou um tumor deste tipo, num lactente de seis meses, e a de GILFORD e DAVIS, que o extirpou em um paciente de 74 anos... Entretanto, parece que a sua maior frequência estaria entre os 30 e 40 anos!

O sexo também parece em nada influir, pois, si bem que LENORMANT, citando trabalhos de PETERSON e MECKER, o acredite "predominantemente nítido" no sexo feminino, devemos convir, atualmente, já orientados por estatísticas mais convenientes, que tal predominância não pode subsistir. De 102 casos reunidos por APERLO e ROSSI, 50 pertenciam ao sexo masculino e 52, ao feminino. Dos 158 referidos por CELLINA e NAVA, 78 eram indivíduos do sexo masculino, e 80, do sexo oposto.

Quanto à sede mais frequente dos tumores do glômo, mister é que se diga ser invérídica a afirmação, segundo a qual, tais neoformações estariam localizadas mais frequentemente à esquerda. Do estudo das estatísticas modernas, depreende-se que tal predominância não existe e os tumores sediam indiferentemente ora num ora noutro lado da região látero-superior do pescoço.

Quanto ao número. Na maioria das vezes são unilaterais; no entanto, já estão descritos casos de localização dupla.

Como se vê, claramente, os tumores do glômo são pouco frequentes. Em nosso Serviço de Ambulatório de Clínica Propedêutica Cirúrgica, dirigido por nosso eminente mestre Prof. ELISEU PAGLIOLI, nestes últimos três anos, não nos foi dado o diagnóstico de um só destes casos, embora o movimento de enfermos tenha ali

ultrapassado de 4.500! Em nossa Escola não existe, também, nenhuma publicação a respeito do assunto.

Como muito bem acentua LATTERI, "trata-se, na grande maioria dos casos, de achados operatórios, que raramente são achados de necrópsia. Isto levaria a pensar que muitas das observações publicadas com o rótulo de tumores da glândula intercarotídea, são, em verdade, originados de um dos diversos tecidos que rodeiam a glândula, hipótese esta que tem a seu favor também o fato de que, em diversos casos, o exame histológico ou é inteiramente insuficiente ou não fornece nenhum elemento que nos dê segurança da origem da neoplasia."

A etiologia dos tumores do glômo permanece obscura. As duas hipóteses emitidas, a de v. HEINLETH e a de COSTA, parecem destituídas de base e apenas possuem valor histórico.

Não vamos deter-nos sobre a sintomatologia clássica dos tumores do glômo uma vez que ela está plenamente divulgada em todos os tratados sobre o assunto. Apenas desejamos adjudicar, baseando-nos nas verificações clínico-experimentais que realizamos, ser quase certa a concomitância de uma síndrome de hiperrefletividade da zona sino-glômo-carotídea, o que viria complicar a feição clínica, o diagnóstico e o prognóstico dos tumores. Esta opinião está aliás plenamente concorde com os casos citados de CASSIDY, BOOT, KNIGHTON, HAMILTON, STUART, OSLER, casos estes, retomados, recentemente, por LATTERI, e nos quais os indivíduos apresentavam verdadeiras crises sincopais. Ora, tais crises tiveram as mais estranhas interpretações. Hoje, está plenamente esclarecido que o responsável por estes ataques sincopais é o seio carotídeo, zona de sensibilidade reflexógena especial, a qual uma vez passiva de forte compressão, em indivíduos portadores de uma reflexividade accentuada, desencadeia, por um mecanismo circular anfótropo, como quer DANIELOPOLU e sua escola, o ataque sincopal.

Quanto a evolução. Ao lado de tumores que evoluem durante anos, extremamente lentos, até de 20 anos, existem outros, de

rápida evolução; entre os dois extremos, toda uma variedade de aspectos é possível. Recentemente, ROSSI e AFERLO, baseando-se num critério clínico, estabeleceram uma classificação dos tumores do glômo. Segundo aqueles autores, tais neoplasias seriam:

benignas
malignas
primitivamente benignas, e secundariamente malignas.

Quanto ao diagnóstico dos tumores do glômo, nada de novo podemos acrescentar. Ele é particularmente difícil, pois muitas outras afecções da região se lhe assemelham no aspecto e na evolução.

O diagnóstico diferencial e o prognóstico também permanecem, em suas linhas gerais, e as noções já fartamente divulgadas, não oferecem alterações específicas.

Quanto ao tratamento. LENORMANT em 99 ablações, teve 20 mortes; BIRMAN, citado por aquele autor, teria 29 % de mortes. LATTERI, acredita que a mortalidade global por intervenções cirúrgicas por tumores do glômo carotídeo, seja de 25 %, e tal percentagem se elevaria a 45 %, nos casos em que teria sido necessária a ligadura dos grandes vasos.

Como *causas mais frequentes de morte*, citam-se: o *amolecimento cerebral agudo*, *edema agudo do pulmão*, *pneumonias por aspiração*.

A operação é grave e difícil dada as íntimas e variadas conexões que o tumor estabelece com os elementos constitutivos da região. *A gravidade da operação estaria na razão direta da conduta operatória mantida com relação aos grandes vasos e nervos do pescoço.*

De acôrdo com as aquisições recentes da escola italiana, principalmente, o "tratamento varia conforme o decurso, dimensões e relações que a massa neoplásica contrair com os órgãos circunvizinhos. Nas formas de crescimento lento, que, em geral, costumam apresentar-se de pequeno volume, o tratamento cirúrgico encontraria ní-

tida indicação, pois tudo leva a crer que se possa levar à cabo a operação sem necessidade de se recorrer à secção de vasos e nervos de importância vital" — pertenceriam a este grupo os partidários da *intervenção precoce*, com DOBROMYSLOFF e DOUGLAS, à frente.

"Já nas neoplasias que ganharam proporções consideráveis e nas que apresentam nitidamente caracteres de malignidade, a indicação à intervenção deverá ser cuidadosamente considerada. A operação, nestes casos, se reveste de particular gravidade, pois, o cirurgião frequentemente se vê obrigado a proceder a demolição dos vasos carotídeos, da jugular profunda ou dos nervos vago, simpático, hipoglosso, recorrentes, facial, etc. com as consequências imagináveis." (LATTERI) — pertenceriam a este grupo os que, como REGLUS, CHEVASSU e KEEN, *reservariam a operação unicamente para aqueles casos em que o tumor crescesse rapidamente ou determinasse alterações graves*. LATTERI, nestes casos extremos, aconselha *tentar-se a roentgen e a curieterapia*, baseado nos trabalhos de FERRERO, segundo os quais, *tais tumores seriam rádiosensíveis*.

Quais os resultados post-operatórios? Contrariamente às afirmações anteriores, somos forçados a confessar de que os distúrbios post-operatórios são muito frequentes e de absoluta gravidade. Não só tendo em vista a alta mortalidade operatória a que já nos referimos, mas ainda às alterações funcionais que são igualmente graves e frequentemente irreparáveis (hemiplegia permanente, paralisia do facial, do recorrente, etc.) *As recidivas* devem ter-se em vista, e, conforme citam os estudiosos do assunto, *são frequentes*, pois nem sempre é possível executar-se uma ablação radical e completa dos tecidos neoplasiados.

RESUMINDO

- 1) A patologia da região sino-glômo-carotídea passa, no momento, por transformações importantes e radicais cujo objetivo final ainda não encontrou uma base segura e definitiva.

- 2) A etiologia dos tumores do glômo carotídeo permanece ainda obscura e nenhuma hipótese apresentada tem real valor.
- 3) E' impossível, na hora atual, continuar aceitando as antigas noções à respeito do sexo, idade, sede e frequência, dos tumores do glômo carotídeo.
- 4) A classificação clínica de APERLO e ROSSI, tirada da evolução dos tumores do glômo, embora no momento tenha real utilidade, não poderá, no entanto, prevalecer. A experimentação futura dará, neste sentido, a última palavra.
- 5) No quadro sintomatológico não mais se poderá descurar a síndrome da hiperrefletividade da zona sino-glômo-carotídea, uma vez que a pesquisa desta síndrome poderá orientar seguramente o diagnóstico de sintomas de real gravidade.
- 6) Na execução terapêutica, duas correntes se anagonizam:
 - a) *a dos abstencionistas* para aqueles tumores extensos cuja intervenção pode acarretar sérias consequências — propõe então a roentgen e curieterapia.
 - b) *a dos intervencionistas* — para os tumores diagnosticados precocemente, a operação deve ser realizada com o mínimo possível de exérese de elementos nobres.
- 7) No que respeita a concepção moderna da zona sino-glômo-carotídea, mister se torna considerá-la sob o ponto de vista clínico-fisiológico, uma vez que a noção anatômica não pode mais subsistir.