

PSEUDOMIXOMA DO PERITÔNIO

ARGEMIRO DORNELLES

Docente-Livre de Clínica Ginecológica.

Constitue o pseudomixoma do peritônio entidade clínica pouco freqüente na especialidade ginecológica, não só entre nós, como, em geral, nos demais centros médicos nacionais e estrangeiros, haja vista a escassa casuística desta estranha afecção.

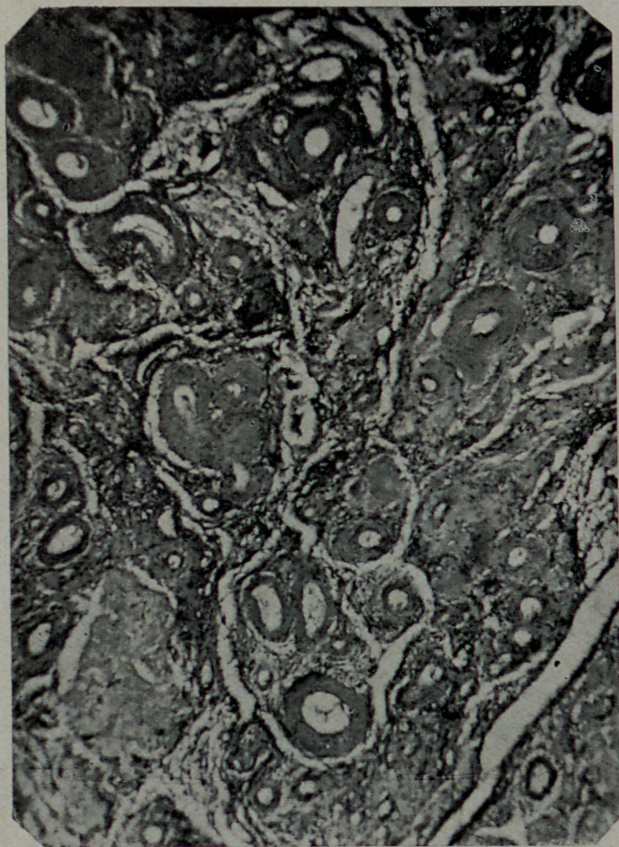
Creio, por isto, ser tema interessante o relato e os comentários a propósito de um caso que transitou, em dado momento, pela 22a. Enfermaria da Santa Casa, Serviço de Ginecologia do Prof. M. Gomes:

Florentina P., de 55 anos, branca, brasileira, residente no município de Viamão, viúva, múltipara — teve quatro partos normais, sendo o último há 27 anos. Nenhum aborto. Menarca aos 14 anos. Regras de tipo 7/30, foi menstruada até aos 52 anos. Quando desapareceram as regras, começou a sentir um tumor na fossa ilíaca esquerda, como se fôsse “um novelo de linha”, que foi aumentando gradualmente de tamanho. Às vezes, ferroadas no baixo ventre dificultavam-lhe a marcha. Há dois anos, sentiu violenta dor no hipográstrio e fossa ilíaca esquerda, acompanhada de vômitos, suores frios, perda de forças com “tremuras nas carnes”. Notou, depois de quinze dias de cama, que o tumor se generalizara a todo o ventre e que este havia aumentado de tamanho, tornando-se muito proeminente. Após esta crise, passou a sofrer de persistente prisão de ventre, chegando a não evacuar durante 10, 12 e até 18 dias! Desde que o tumor começou a crescer, há três anos passados, vinha se tornando sempre mais emagrecida e fraca. A paciente, que fôra internada no Serviço do Prof. S. Pastous, por ascite, foi puncionada pelo Dr. Seligmann que verificou o derrame gelatinoso. A pedido dêste colega, examinei a enferma e, ten-

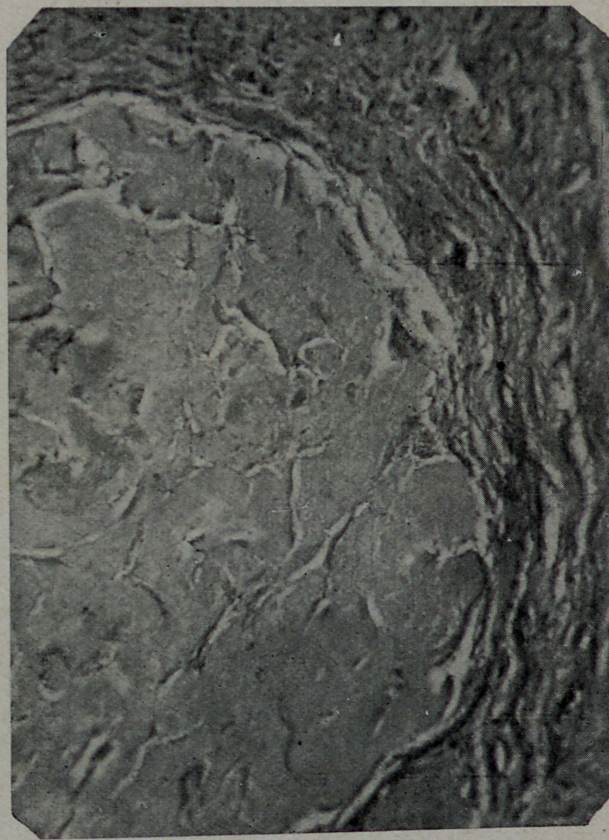
do observado a existência de um tumor abdominal, obtive sua transferência para o Serviço do Prof. M. Gomes, nos primeiros dias de Abril de 1939, de onde foi novamente removida, por insistência da família, para a 2.^a classe do Hospital. Operada por mim, a 25 de Abril de 1939, serviu como auxiliar o Dr. H. Heredia e anestesista o Dr. Seligmann. Deu alta do Hospital, em estado de caquexia, 23 dias após a intervenção, tendo falecido em sua residência, em Viamão, poucos dias depois.

PROTOCOLO DA OPERAÇÃO —

Laparotomia mediana, por incisão que foi levada alguns dedos acima da cicatriz umbelical, a qual estava distendida por hernia do volume de uma laranja. Encontrou-se um tumor cístico do ovário esquerdo, multilocular, atingindo seu bordo superior às proximidades da referida cicatriz. As numerosas bolsas formadas pelo tumor davam a impressão de uma pilha de ovos de diversos tamanhos, desde grandes ovos como os de avestruz até aos de volume de ovos de galinha, dispostos de maior a menor. Rompiam-se facilmente quando se tentava retirá-los para fora do ventre, derramando seu conteúdo de gelatina. Havia também grande quantidade de líquido gelatinoso, viscoso e amarelado, dentro da cavidade abdominal, assemelhando-se à clara de ovo crú, porém mais denso: — não foi possível evacuá-lo por meio do aspirador elétrico. Em algumas das bolsas tumorais, a gelatina era ligeiramente amarelada e, noutras, esbranquiçada. Dentro do saco herniário umbelical existiam diversos pequenos cistos gelatinosos. Uma das bolsas, nas proximidades do hilo, continha um negalho de cabelos, mergulhado em líquido espesso, gorduroso e de tom amarelado. Próximo ao pedículo, o tumor



Ovário D. Atrofia. Esclerose das paredes vasculares. Col. H. E. Aug - 450 Diametros.



Ovário E. Cisto mixto. Grande massa de materia muco-sebacea. Aug - 450 - Diametros.

apresentava consistência cartilaginosa e a capsula, colada intimamente à bexiga e aos folhetos do ligamento largo esquerdo, era resistente, lembrando tecido aponevrótico. Com dificuldade, foi o tumor desprendido de suas aderências ao ligamento largo. Quanto à porção do tumor aderida à face póstero-superior da bexiga, a ablação foi feita à custa de ressecção de pequena porção da bexiga, a qual foi suturada, a seguir, em dois planos — sero-muscular e sero-seroso, por fio de seda n.º 1, deixando-se sonda de demora após a operação. Passou-se, depois, à ablação do saco herniário e do anexo direito, que tinha a trompa esclerosada e o ovário duro e atrofiado. O apêndice, pequeno e esbranquiçado, foi também extirpado, assim como o útero que era de tamanho reduzido e esclerosado. Tanto o peritônio como a serosa intestinal apresentavam-se inteiramente congestos. Depois de retirado um longo fragmento de peritônio parietal, o ventre foi fechado em três planos, deixando-se drenagem tubular, feita com dreno n.º 30. Durante os 23 dias de hospitalização, drenou o ventre abundante líquido gelatinoso, de tom amarelado. E também pela sonda de demora, posta na bexiga, começou a escoar, depois do 5.º dia do post-operatório, urina de mistura com matéria gelatinosa.

Exame histopatológico feito pelo Dr. Valdemar Castro:

Material: — Ovarios e Fragmentos Peritonial. *Orário D. Caracteres Macroscópicos:* — O órgão se apresenta diminuído de volume, muito modificado na sua forma, de consistência dura, fibrosa e de superfície rugosa. *Caracteres Microscópicos:* — os cortes demonstram que se trata de um processo de esclerose, atingindo a totalidade do órgão e acarretando o desaparecimento total dos folículos primordiais, dos folículos de DE GRAAF e das demais formações ovarianas: ovarite crônica atrófica, esclerosada. (Microfoto n.º 1)

Orário E. Caracteres macroscópicos: —

O órgão é sede de um grande tumor cístico, rompido, de consistência firme, porém depressível, de cor amarelada e de superfície ligeiramente tuberosa. A macrotomia evidencia um conteúdo rico em matéria muco-sebacea, semi-sólida, de cor ligeiramente amarelada e inodoro, envolvendo numerosos feixes pilosos e tecidos duros e moles. *Caracteres microscópicos:* — Os cortes evidenciam, na superfície do cisto, uma estrutura típica de pele com seu corpo mucoso epidérmico, suas glândulas sebaceas e sudoríparas na derme, bem como folículos pilosos. Mais profundamente observam-se faixas de tecido ósseo e cartilaginoso: teratoma cístico — cisto dermoide e mucoide — cisto mixto. (Microfoto n.º 2)

Fragmento peritonial: — Os cortes demonstram que se trata de tecido conjuntivo frouxo, contendo em suas malhas grande quantidade de matéria mucoide. Nalguns pontos, o tecido peritonial, mais espessado, apresenta vários focos de células inflamatórias. (Microfoto n.º 3)

. . .

Conhecido desde Pean, em 1871, o pseudomixoma do peritônio, também chamado de *enfermidade gelatinosa do peritônio*, *abdômen gelatinoso*, *ascite gelatinosa*, caracteriza-se, como se depreende da leitura da observação, por sua evolução lenta, com enorme distensão do abdômen por ascite, formada de líquido gelatinoso, espesso, com presença de massas duros e irregulares à palpação, de modo que a pesquisa da maciez não apresenta modificações quando a paciente muda de posição.

O diagnóstico é feito pela punção exploradora ou pela laparotomia, conforme o momento clínico em que a doente é atendida.

O início da doença pode ser insidioso, sem maior sofrimento da enferma que vê seu ventre crescer lentamente ao passo que o estado geral descai e se acentua o emagrecimento; ou, então, sobreveem os sintomas e sinais clínicos de ven-

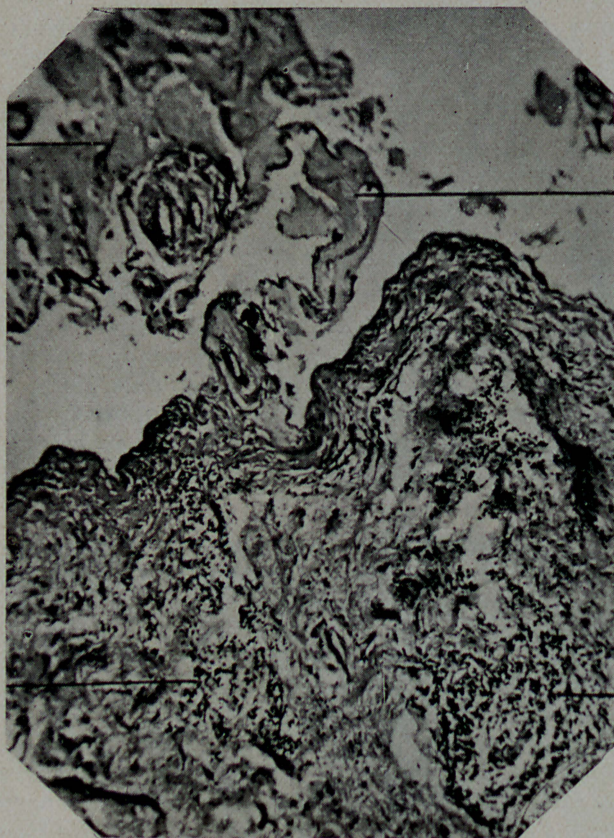


Figura 3: (microfoto n.º 3.) material retirado do peritônio; este corte mostra o tecido conjuntivo frouxo, cujas malhas são ocupadas por substância mucóide. As zonas vizinhas, onde o tecido não foi dissociado pela pseudomucina, mostram barreiras de infiltração leucocitária.

tre agudo e, quando serenada a tormenta, como em nosso caso, o abdomen torna-se proeminente, começa o emagrecimento e desenha-se aos poucos o quadro da caquexia lenta.

O prognóstico nêstes casos é grave e fatalmente a paciente encontra no morte o termo de seus padecimentos, apesar da intervenção cirurgica radical. Entretanto, alguns observadores, como Lecène, verificaram casos de cura após à ablação da intervenção cirúrgica radical. Entreou inclusões. Daí descreverem dois tipos clínicos — benigno e maligno.

A cada um desses tipos clínicos tem sido atribuído um mecanismo patogênico próprio, com correspondente quadro histopatológico, decorrente da causa determinante da enfermidade gelatinosa do peritônio.

Vejamos, segundo alguns mestres, quais as afecções patológicas do abdomen que motivam a estranha enfermidade.

Stoekel aponta duas afecções como causas do pseudomixoma peritonial: — a rotura de um cistadenoma pseudomucinoso do ovário ou, mais raramente, de mucocoele do apêndice. Esta última se formaria em consequência de uma apendicite, por atresia parcial do processo vermiforme. Na porção distal se acumulariam as secreções, vindo a desenvolver-se uma hidropsia apendicular, cujo volume poderia atingir o tamanho do punho ou de cabeça de criança. Rompida a parede, o conteúdo seromucoso ou gelatinoso derramar-se-ia na cavidade abdominal e assim teria origem um síndrome patológico idêntico ao que resulta da rotura de um cistadenoma do ovário. Haveria também a possibilidade de agirem juntas as duas afecções na formação do pseudomixoma do peritônio.

Ahumada indica como causa freqüente a rotura do cistadenoma mucóide do ovário, que êle denomina de pseudomixoma do ovário, e informa que, para alguns autores, a causa determinante da afecção seria a rotura da mucocoele do apêndice.

Crossen e Crossen lembram a possibilidade do derrame accidental do líquido gelatinoso no peritônio, no momento da ablação de cistadenoma mucóide do ovário, como causa possível da enfermidade.

Para Lecène, a origem do pseudomixoma do peritônio estaria na rotura do cistadenoma mucóide do ovário que êle denominava de cisto enteróide, porém assinalou que não era devido somente a rotura de tal cisto. Os derrames gelatinosos seriam encontrados, igualmente, depois da rotura da mucocoele do apêndice e secundários a certos cânceres do mesmo.

Novak atribui também à rotura do cisto pseudomucinoso a causa mais freqüente da enfermidade gelatinosa e afirma que a mucocoele do apêndice pode causar a afecção, na ausência de cisto ovariano. Nesta condição, o apêndice pode tornar-se enormemente distendido pelo exsudato gelatinoso e, desde que elementos pseudomucinosos penetrem nas paredes, consideráveis massas de substância gelatinosa, translúcida, podem ser encontradas aderentes à superfície externa do apêndice.

Forgue e Massabau consideram também como causa a rotura do cisto mucóide do ovário, por êles denominados cistos areolares.

Karl Baisch, colaborador do tratado clássico de Halban e Seitz, no capítulo sobre a patologia do peritônio, enumerando as diversas causas da enfermidade gelatinosa, aponta, em ordem de freqüência, a rotura do cisto mucóide do ovário, seguindo-se a mucocoele do apêndice, o enterocistoma e, num caso de Walz, a rotura de alça intestinal, estreitada, de um recém-nascido.

Entretanto, em nenhum desses autores encontrei referência à rotura do cisto do ovário como causa determinante da enfermidade em estudo. Porém não será o achado uma surpresa patológica, considerando-se o próximo parentesco entre os cistadenomas pseudomucinosos e o cisto dermoide do ovário.

Assim, Novak considera o cistadenoma pseudomucinoso, excepto pequeno nú-

mero de casos, como teratoma, em que certos elementos entodermicos sufocaram as outras estruturas. Torna-se evidente a probabilidade em favor d'este ponto de vista, quando se verifica a freqüente ocorrência em teratomas de pequenos cistadenomas pseudomucinosos e de numerosos espaços glanduliformes, forrados por típico epitelio pseudomucinoso alto. Representam os cistos dermoides para o mesmo mestre uma subdivisão do teratoma do ovário. Êstes cistos, que raramente alcançam grande volume, são freqüentemente combinados com cistadenomas do tipo pseudomucinoso e de muito grande tamanho.

Ahumada observou também a associação do teratoma dermoide com cistadenoma pseudomucinoso.

Lecène verificou a existência de cistos mixtos que, em alveolos vizinhos, mostravam estrutura mucoide ou dermoide e, em outros, mucoides e vegetantes, ao mesmo tempo. Para êles, essas associações explicar-se-iam facilmente se considerarmos os cistos neoplásicos do ovário como embriomas sempre complexos, onde, conforme os casos, um blastema evolverá reproduzindo um único tecido ou, associado, reproduzirá diversos tecidos e mesmo tecidos de diversos folhetos embrionários.

Isto posto, verifiquemos os possíveis mecanismos do abdomen gelatinoso. Compreende-se que haverá, em geral, uma simples ascite sem comprometimento do peritônio naqueles casos operados logo após à rotura do tumor mucoide, fenômeno todo accidental, que desaparecerá com a extirpação do fator causal.

Entretanto, outro será o aspecto do peritônio nos casos de marcha insidiosa, em que se vai processando lentamente a enfermidade ou, como no da paciente de nossa observação, que, passados os fenômenos de ventre agudo, se deixa ficar, cerca de dois anos, longe de qualquer recurso médico.

Apresenta-se nêstes casos o quadro descrito por Stockel: — as massas gelatinosas inundam o peritônio parietal e visceral, provocando um estado de inflama-

ção crônica, que motiva a proliferação de tecido conjuntivo vascularizado, o qual invade essas massas e as fixa, tornando impossível a extirpação total delas. Pode associar-se a isto a implantação dos elementos epiteliaes provindos do tumor, que contribuem com sua parte para aumentar a secreção da substância gelatinosa.

Ahumada ensina que a patogênica da enfermidade gelatinosa não está ainda devidamente estabelecida, discutindo os autores se as massas gelatinosas intraperitoniaes são produto da atividade secretória das células micíparas, desprendidas do tumor e enxertadas na superfície da serosa peritoneal ou se são devidas simplesmente à passagem do conteúdo intracístico ao peritônio.

Segundo Lecène, o exame histopatológico permite, com efeito, distinguir dois tipos de derrame gelatinoso: — o que é entretido unicamente pela secreção do cisto rompido e aquele cujo derrame provem, em parte, do cisto e, em parte, dos enxertos do epitélio tumoral.

Novak observou que, ao ocorrer rotura do cisto pseudomucinoso, partículas da camada epitelial podem implantar-se no peritônio, onde continuam a crescer e a produzir sua característica secreção gelatinosa.

Para Fergue e Massabuan, a abertura de uma ou várias lojas do cisto gelatinoso faz-se insidiosamente, sem sintomas alarmantes: — o conteúdo gelatinoso derrama-se no peritônio, aglutinando as alças intestinaes sem reação peritoneal, enchendo tóda a pelvis e o abdomen, às vêzes, até ao fígado. As massas coloides, mais tarde, tornam-se aderentes ao peritônio porque sofrem uma espécie de penetração conjuntiva vascular, partida da serosa.

Êstes autores não se referem à possibilidade de enxerto no peritônio de partículas epiteliaes do tumor.

Crossen e Crossen aconselham que se tome o maior cuidado na extirpação dos cistadenomas pseudomucinosos, porque o derrame accidental do líquido mucoide na cavidade peritoneal poderá pro-

duzir metastase por implantação, do que resultará a enfermidade gelatinosa.

E quando isto acontece, progredindo o estado mórbido, a substância gelatinosa torna-se tão espessa que obtura os vasos linfáticos, surge a peritonite causada por corpo estranho, com formação de tecido de granulação, células gigantes e tecido conectivo.

Para Werth, citado por Baisch, o derrame do conteúdo dos cistos pseudomucinosos determinaria uma reação inflamatória, semelhante à peritonite por corpos estranhos.

Afirma ainda o colaborador de Halban e Seitz que Olshausen, Pfannenstiel e Fränkel, após diversas investigações, demonstraram que os epitélios procedentes do cisto não se conduzem de modo absolutamente passivo, se não que, implantando-se no peritônio, voltam a proliferar e a secretar novo muco.

Karl Baisch diz que se deve fazer distinção clínica e histopatológica entre os diversos tipos de abdomen gelatinoso. Doutrina o escritor germânico: — “entre os pseudomixomas consecutivos a um tumor do ovário e o ventre gelatinoso, devido à rotura de um apêndice, parece existir, entretanto, diferenças essenciais. Com efeito, enquanto nos cistos do ovário a implantação das células epiteliais se faz no peritônio, e tais células continuam crescendo autônomoamente, não existe implantação nos pseudomixomas de origem apendicular. Nêstes últimos, trata-se, portanto, exclusivamente, de uma espécie de ascite gelatinosa, parecendo lógico, por consequência, reservar o nome de pseudomixoma peritonal para a implantação de células de cistos ovarianos no peritônio. As demais formas devem ser denominadas ventres gelatinosos ou ascites gelatinosas, pois que resultam da rotura de um apêndice, de um enterocistoma, de um intestino fetal, etc.”

Em confirmação de sua doutrina, Baisch assinala que, apesar de terem ad-

mitido Merkel, Hueter, Aschoff e Oberndorfer à implantação de epitélios intestinais no peritônio, provenientes de roturas apendiculares — esta hipótese foi definitivamente rebatida por Schmorl, Fränkel e outros.

E' também de Karl Baisch a advertência de que — qualquer que seja a procedência das distintas formas de pseudomixomas, devem ser êstes mantidos à distância dos verdadeiros carcinomas mucógenos do peritônio, dos cânceres mucíparos que, tendo sua origem no intestino, se estendem pouco a pouco pelo peritônio. Por conseguinte, são verdadeiros carcinomas orgânicos primários com metástases peritonias, enquanto que as enfermidades originárias dos pseudomixomas reconhecem por causa a implantação de células epiteliais, que não devem ser consideradas, de início, como carcinomatosas.

Resumindo para concluir, podem-se apontar três mecanismos que, agindo isolados ou combinados, explicariam o aparecimento da ascite gelatinosa e a evolução ulterior da enfermidade:

- 1) o simples derrame accidental na cavidade peritonal, logo após à rotura do tumor mucóide, quasi sempre espon-tânea;

- 2) a reação inflamatória crônica do peritônio parietal e visceral, que motiva a proliferação de tecido conjuntivo vascularizado, com produção de fluido gelatinoso;

- 3) a implantação no peritônio parietal e visceral de elementos epiteliais, provenientes do tumor mucóide, que ali se desenvolvem e continuam a secretar muco.

O caso ora relatado parece enquadrar-se no primeiro e no segundo mecanismo, pelo histórico e porque os cortes histológicos apresentam o aspecto da reação inflamatória crônica do peritônio, com ausência de enxerto de elementos epiteliais provenientes do tumor.

RESUMO

O autor relata e comenta um caso de pseudomixoma do peritônio que teve oportunidade de operar. Tratava-se de uma multipara em menopausa, cujo sofrimento teve início por uma crise súbita de abdomen agudo, dois anos antes de ser operada, e que viu seu ventre tornar-se proeminente ao mesmo passo que emagrecia e entrava em lenta caquexia. A laparotomia revelou um grande cisto dermoide e mucoide, rompido, achado que o autor julga raro porquanto os clássicos enumeram como causa mais freqüente desta estranha e pouco comum entidade patológica: a rotura do cistadenoma mucoide, da mucocoele do apêndice e do entero-cistoma. Comenta o autor o parentesco entre os cistadenomas mucinosos e o cisto dermoide do ovário. Expõe os três mecanismos conhecidos que explicam, por ação isolada ou combinada, o aparecimento da ascite gelatinosa:

- a) o simples derrame acidental na cavidade peritoneal, logo após a rotura de tumor mucoide, quasi sempre espontânea;
- b) a reação de tipo inflamatório crônico do peritônio parietal e visceral, que motiva a proliferação do tecido conjuntivo vascularizado, com produção de fluido gelatinoso;
- c) a implantação no peritônio parietal e visceral de elementos epiteliaes, provenientes do tumor mucoide, que ali se desenvolvem e continuam a secretar muco.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — *Juan Carlos Ahumada*: Tratado Elemental de Ginecologia — B. Aires, 1932, 2.º vol.
- 2 — *Emil Novak*: Gynecology and Female Endocrinology — 1941.
Idem: Gynecology and Obstetrics — by C. H. Davis, 2.º vol., cap. 15.
Idem: Gynecological and Obstetrical Pathology — 1940.
- 3 — *P. Moulouquet et S. Dobkevitch*: Los Diagnosticos Anatomico-Cliniques de P. Lecène — 1931 — 2 vol.
- 4 — *W. Stoeckel*: Tratado de Ginecologia, version directa del aleman por los doctores José Blanco y Enrique Parache — 2.ª edicion — 1933 Madrid.
- 5 — *H. S. Crossen y R. J. Crossen*: Enfermedades de la Mujer — version castellana de la Oitava Edicion Española por Oscar G. Carrera — México.
- 6 — *E. Forgue et G. Massabuau*: Gynécologie — Paris — 1916.
- 7 — *Karl Baisch*: em vol. XI de J. Halban y L. Seitz: Biología à Patología de la Mujer, versão castelhana de A. Sauchez Lopes, Madrid.
- 8 — *E. Darù y B. Rocandio*: Pseudomixoma peritoneal, em n.º 90 da Revista Médico-Quirúrgica de Patología Feminina — de B. Aires, 1940 — resumido pelos Anais Brasileiros de Ginecologia — vol. X, 1940.

CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO DA CADEIRA DE GINECOLOGIA E M 1946

Apesar de continuar a cátedra de ginecologia com sensível deficiência de instalações e de material, fará, durante as férias de julho, um curso de cancerologia do aparelho genital, com um número limitado de médicos a serem aceitos.

PRINCIPAIS PONTOS DO PROGRAMA:

- 1.º — Princípios atuais de histologia para o diagnóstico do câncer no aparelho genital, com o exame das lâminas já fornecidas pelos anátomo-patologistas, e a presença destes.
- 2.º — Diagnóstico precoce e premunitório do câncer.
- 3.º — Avaliação clínica da dose de extrogênios para diagnóstico e tratamento.
- 4.º — Tratamentos hormonais e biótipos.
- 5.º — Citologia clínica.
- 6.º — Colposcopia e prova de lugolização.
- 7.º — Principais erros de biopsia.
- 8.º — Câncer pré-invasivo e matrizes do câncer.
- 9.º — Moléstia operatória.
- 10.º — Regras para a seleção da anestesia.
- 11.º — Esvaziamento pélvico e artérias obstruídas.
- 12.º — A escolha da conduta do cirurgião na inoperabilidade clínica.
- 13.º — Cirurgia do simpático em ginecologia.
- 14.º — Tratamento da hemorragia venosa nas diversas fases da panhisterectomia.
- 15.º — Conduta do cirurgião na associação de blastomas e gravidez.
- 16.º — Tumores funcionantes do ovário.
- 17.º — Demonstração da técnica de SHORR PAPANICOLAU e seu papel no diagnóstico pré-sintomático do câncer, feita pelo Professor Pereira Filho.
- 18.º — Vulvectomias.
- 19.º — Radioterapia e cirurgia.
- 20.º — Carcinoma, endometrioses e tumores mistos do útero.
- 21.º — Blastomas e tumorações da trompa.
- 22.º — Diagnóstico dos blastomas do ovário antes da operação, durante a operação e depois da operação.
- 23.º — Erros de técnica e contra-indicação da electrocoagulação da cervice uterina.
- 24.º — O cirurgião diante do caso de astenia e depressão constitucional com hipotensão e hipoglicemia rebeldes.