

OSTEOSARCOMATOSE

Prof. JACY CARNEIRO MONTEIRO *

Este trabalho tem por base o estudo de uma doente de 43 anos de idade, branca, casada, brasileira, moradora na zona colonial (Bento Gonçalves).

Achava-se hospitalizada no momento do exame, na Enfermaria Santa Luzia, admirável serviço de Oftalmologia do nosso prezado amigo e sábio Professor Ivo Corrêa Meyer.

História da doença atual. A paciente informa que há um ano começara a sentir os primeiros sinais da enfermidade de que é portadora; estava entregue aos labores domésticos quando falseou o pé e caiu pesadamente ao solo sentindo logo forte dor ao nível da coxa direita, não mais se pôde levantar e foi conduzida ao leito; o médico que a atendeu diagnosticou fratura do terço superior do fêmur direito. Esteve acamada durante 40 dias, tendo começado a deambular com o auxílio de muletas depois deste prazo.

Durante o tempo que esteve imobilizada, sentiu que emagrecia sensivelmente e notou também, o aumento de volume de um tumor que há muitos anos tinha na face anterior do pescoço, este tumor, porém, não lhe ocasionava perturbações dignas de registro.

Cerca de oito meses após a fratura, começou a observar que o olho direito estava ficando mais saliente que o esquerdo, e que essa anormalidade, aumentava gradualmente, aliada a um vermelhidão ao redor do globo ocular, inclusive palpebras, que lhe produzia uma intensa secreção chegando a molhar vários lenços por dia; não havia contudo, perturbações visuais. Não padecia de dores, dormia toda a noite e se alimentava satisfatoriamente.

Com o decorrer do tempo, notou que outro tumor se fazia notar ao nível da região frontal ao lado externo do olho enfermo, alcançando o volume de uma laranja, porém, não lhe ocasionando dor.

Sua enfermidade progredia paulatinamente, quando percebeu que no osso do peito (sic) onde há tempos levava uma pancada, estava se formando um novo tumor quente, indolor e parecido com o da cabeça. No ombro esquerdo notou, também, um pequeno nódulo endurecido, e indolor instalado sobre a clavícula.

Acusa notável emagrecimento, pois antes da fratura da coxa pesava 80 quilos e agora, um ano após, a balança mostra apenas 58, tendo desta maneira perdido 22 quilos. Sente-se atualmente enfraquecida, porém, ainda com ânimo para o trabalho.

Anamnese remota. Sempre foi uma mulher forte, afeita às rudes lides da colônia, lembra-se contudo de ter tido febre tifoide com doze anos de idade, e gripe na epidemia de 1918. Doenças na infância não recorda.

Anamnese hereditária e familiar. Seu marido tem 50 anos e goza de perfeita saúde. Não tem filhos. Seu pai com 74 anos, é sadio. Sua progenitora faleceu com 40 anos de gripe "hespanhola". Sobre seus avós nada sabe informar.

Anamnese fisiológica. Primeiros passos e dentição nada informa. Menarca aos 13 anos, atualmente a menstruação começa a apresentar irregularidades pela aproximação do climatério. Tem bom apetite, apesar do emagrecimento. Dorme normalmente. Não apresenta perturbação na marcha a não ser a claudicação motivada pela fratura já relatada.

Resumo da anamnese. O que mais importante resalta na história da paciente é a existência de tumores ao nível do crânio, esterno, clavícula e glandula tireoide, a fratura espontânea do fêmur, já consolidada, o emagrecimento de 28 quilos, a evolução de um ano da enfermidade e sua inexorável progressão.

Exame objetivo. Facies: Deformado pela exoftalmia e tumor do osso frontal,

(*) Catedrático de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de Porto Alegre.

Membro do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

Chefe do Serviço de Cirurgia da 30ª Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia.

globo ocular esquerdo em grande protusão, acompanhado de endema da conjuntiva e palpebra com acentuada quemosis. Apesar desta deformidade, a paciente não apresenta um facies de sofrimento, antes um semblante de resignação.

Postura: A paciente encontra-se reclinada confortavelmente no leito em decubito horizontal. **Nutrição.** Apesar de ter perdido 28 quilos, não se nota acentuado emagrecimento; pele seca, lisa, mostrando inúmeras pregas ou dobras. Musculatura e panículo adiposo sensivelmente diminuídos.

Constituição. A paciente pertence ao biotipo normal de Viola.

Pêso e altura. Mede um metro e 54 cms. e pesa 59 quilos.

Mucosas visíveis francamente descobertas. Ganglios linfáticos (adenopatias) não perceptíveis. Pulso radial: 58 pulsações por minuto. Temperatura 37,3 axilar. Pressão arterial: máxima 11 e mínima 7, pelo aparelho de Vasquez Loubry. **Marcha:** Claudicante devido à antiga fratura do fêmur; a doente, contudo, locomove-se regularmente com auxílio de uma bengala.

Aparelhos: Circulatorio. Sem alterações dignas de nota. Não observam-se dispnéa, palpitações, dores precordiais, estases venosas, edemas, hepatomegalia; Ictus cordis ao nível do 5.º espaço intercostal sobre a linha mamilar. Ausência de ruídos anormais.

Respiratorio. Ausência de dispnéa, 23 movimentos por minuto, ausência de tosse. Parede torácica sem anormalidade. Ausculta e percussão sem alterações a notar. Radiografia pulmonar normal.

Digestivo. Bôca relativamente limpa. Ausência de vários dentes, hálito não fétido, garganta e amígdalas sem alterações. Língua em bom estado. Ausência de náuseas, eructações ou vômitos. Apetite conservado. Digestão normal. Intestino move-se diariamente. Fígado e baço em seus limites normais.

Urinario. Sem alterações dignas de reparo.

Nervoso. Sensório perfeito. Não existem vertigens. Marcha sem incordenação. Reflexos aquileanos, patelares e bicipitais normais. Reflexos pupilares normais a esquerda e preguiçosos a direita no olho comprometido pela visinhança do tumor frontal.

Locomotor e esqueleto. Fratura consolidada com grande calo ao nível do fêmur direito. Tumor ósseo ao nível do esterno. Ligeiro aumento da clavícula esquerda, terço externo. Tumor ao nível do frontal direito.

EXAME DAS REGIÕES DOENTES

Logo a primeira inspeção, fere fortemente a vista uma anormalidade situada na face da doente, que se caracteriza por uma **intensa exoftalmia** com acentuada quemosis do globo ocular direito, acompanhada de forte congestão e edema das palpebras do mesmo lado. Ao nível do osso frontal também a direita, encontra-se uma elevação constituída por um tumor queatinge igualmente a região **parietal** e invade a cavidade orbitária recalcando para fora o globo ocular. O tumor é comparável ao volume de uma grande laranja; sua consistência é firme, embora apresente regiões ligeiramente amolecidas; a temperatura apreciada com o dorso da mão é mais elevada que a dos tecidos vizinhos, dando-nos a impressão de um tumor fortemente vascularizado, havendo mesmo esboço de pulsação. Seus limites são mais ou menos nítidos. Indolor a palpação. Ao nível da **CLAVICULA** esquerda, nota-se outro tumor do volume de uma noz, e ocupando parte do terço externo deste osso; é uma excrecência **endurecida**, com limites precisos, indolor, sem alteração da pele, e não apresentando desigualdade de temperatura em relação às áreas próximas.

Na região **ESTERNAL**, encontra-se outro volumoso tumor do tamanho de um punho com 11cms de comprimento por 8 de largura, apresentando-se no sentido vertical acompanhando o eixo do esterno. Na parte superior observa-se um aspecto globuloso e no terço inferior nota-se uma cicatriz operatória, ainda não consolidada e por onde escoa um líquido sero purulento. Este ponto foi o preferido para uma biopsia. O tumor esternal tinha mais ou menos os mesmos característicos dos outros já citados, pois era liso, indolor, de consistência dura, porém, seus limites não eram tão nítidos e a temperatura era mais elevada, do que os tecidos vizinhos. Ao nível da coxa encontramos uma terceira anormalidade constituída por um notável aumen-

to de volume do terço superior deste segmento de membro; a circunferência a este nível de 54 cms ao passo que a coxa sã media apenas 48 cms. Havia, também um encurtamento bastante apreciável, pois o membro inferior sede da lesão, isto é, o direito, apresentava 74 cms. de comprimento, e o do lado sã 82 cms., havendo, pois, uma diferença para menos de 8 cms. O tumor era duro, de consistência ossea, indolor a palpação, limitado, e não apresentava alteração na temperatura externa. Pele lisa sem anormalidade e deslizando sobre o tumor. Articulação femural do mesmo lado completamente livre tanto nos movimentos ativos como passivos.

No pescoço, região anterior, deparamos com um tumor mediano, do tamanho de uma maçã, movel, indolor, não comprometendo a pele que o cobria, que era normal, de evolução muito prolongada, pois a paciente o tem a varios anos, e acompanhando os movimentos de ascensão do faringe durante a deglutição. Não foi nada difícil diagnosticá-lo como um bocio simples adenomatoso, segundo a classificação de Lahey. Afastamos a possibilidade de câncer da tireoide, pela longa evolução, ausência de dor, adenopatias e prolongamentos lateraes. Não se tratava, também, de um caso de Mal de Basedow, pela falta de tremor, palitação exoftalmia bilateral, (embora raríssimas vezes esta enfermidade apresente protusão ocular unilateral). Além disso, o Metabolismo Basico acusava a cifra de mais 12. Por motivos mais ou menos semelhantes, afastamos o adenoma tóxico de Plumer.

EXAMES COMPLEMENTARES DE LABORATÓRIO

Para elucidação do presente caso, solicitamos os seguintes exames de laboratório, obséquio do nosso presado amigo Dr. Homero Jobim, ilustre membro do conceituado Laboratório Geyer.

.. **Análise de urina.** Este exame foi altamente satisfatório, e a não ser traços leves de albumina, traços levíssimos de sangue, diversas hematias e plocitos em seu sedimento, nada mais acusou de patológico.

Reação de Wassermann no sangue, francamente negativo 000.

Potassia — 32 mmgs %.

Calcio — 8,4 mmgs %.

Uréa no sangue — 0,427 por litro.

Reação de Roffo e Botelho:

Roffo — Positivo fraco.

Botelho — Negativo.

Reação de Bence Jones — Negativa.

HEMOGRAMA

Hematias	3.965.000 por mm ³
Hemoglobina	55 % (Sahli)
Valor globular	0,88
Loucocitos	6.875 por mm ³
Fórmula leucocitaria (Schilling)	
Eosinofilos	3,6 %
Basofilos	0 %
	Mielocitos 0 %
	Metamielocitos 0 %
Neutrofilos	Núcleo simples 19,2 %
	Núcleo segmentado 60,2 %
Monocitos	3,8 %
Limfocitos	13,2 %

100-

Fórmula hematica: Anisocoria e anisocitose moderadas.

EXAME RADIOLÓGICO

O exame radiológico efetuado pelo distinto radiologista Dr. Wagner Vieira, apresentou as seguintes alterações osseas: "As radiografias revelam a presença de lesões osseas multiplas do tipo is-teolítico e osteoplastico, localizadas nos ossos do crâneo, clavícula direita, femur direito e ôsso esternal. No crâneo predomina a osteolise, com destruição extensa do frontal, desaparecimento da apófise orbitaria deste ôsso, parte do malar e se extendendo para traz até a escama do temporal e parietal D. Para dentro a rarefação ossea invade a cavidade orbitaria, parte superior do contorno osseo do antro do mesmo lado, até as celulas etmoidaes, com destruição parcial do ôsso plano. Discreto véo de opacidade uniforme diminue a transparência da zona rarefeita. Não há reação osteoplastica em tôda a zona atingida, salvo o aspecto dentado de limites osseos.

No esterno e na clavícula, notam-se verdadeiros tumores osseos, que ao lado de alterações osteolíticas profundas, apresentam uma reação osteoplastica intensa, deformando e desorganizando as diversas camadas osseas. Discreta e quase nula reação periostal dos ossos assinalados. Na clavícula, observa-se, além do aspecto em

taça da extremidade interna do tumor osseo, a integridade do contorno osteo-articular do acromio. Não há alterações da face posterior do esterno.

Femur direito. Neste osso junto à extremidade diafisaria proximal, nota-se um tumor de estrutura desigual, formada por uma cutícula densa exterior rodeando a parte central rarefeita de forma mais ou menos ovalar. Esta zona de rarefação se estende até os limites da cortical do osso antigo, reduzindo-a a uma estreita lâmina densa, revestida de periosteo espessado que circunda a região assinalada. Observa-se forte angulação do eixo do membro com nítida penetração das extremidades diafiso epifisarias no interior da zona rarefeita que ainda é atravessado por estrias retilíneas dos ossos compactos."

Conseguimos ainda, localizar uma outra lesão ossea ao nível da 4.^a costela direita.

DISCUSSÃO DIAGNÓSTICA

Após a apresentação da anamnese, e do exame clínico da paciente em estudo, temos ainda à nossa disposição para a feitura do respectivo diagnóstico uma série de films radiológicos, muito elucidativos, que aliados aos exames de laboratório e ao laudo anatomo patológico proveniente da biopsia nos fornecem valiosos elementos para a elucidação final do presente caso. Em todos os nossos estudos diagnósticos, sobrepomos ao assunto clínico em discussão, para melhor elucidação o seguinte quadro, a fim de procurar por exclusão o diagnóstico mais provável.

O quadro em questão é o seguinte: Traumatismos. Distrofias, Inflamações ou infecções e tumores.

Em primeiro lugar discutiremos o nosso caso entre os **traumatismos**. Não resta a menor dúvida que foi um traumatismo que inaugurou o quadro morbido apresentado pela nossa doente, ao varrer a cosinha de sua residência, felseou o pé e caindo ao solo fraturou o femur direito. Um fato porém, de grande importância, chama logo a atenção do cirurgião, o trauma insignificante, uma queda sobre uma superfície plana, e a lesão intensa sobre um osso extremamente forte como o femur; é excepcional

que um femur normal se frature completamente após tão banal queda, numa pessoa relativamente jovem (43 anos). Sabemos, no entanto, a frequência da fratura do colo do femur, nos traumas mínimos, mas nas pessoas de avançada idade, onde a osteoporese deste segmento osseo é comum. Nos outros tumores osseos apresentados pelo paciente em estudo, não houve a incidência do traumatismo. Desta forma, pensamos que o traumatismo, entrou neste caso como fator adjuvante ao tumor do femur, produzindo uma fratura num osso sede de uma grave lesão.

Distrofia. Entre as distrofias osseas, deveremos citar a doença ossea de Paget, a Fibroosteoso generalizada de Recklinhausen, a osteomalacia, leontises ossea, osteopsatirose de Lobstein, Osteopetrose ou doença de Albers, a enfermidade de Schiller Cristian, doença de Gaucher, etc.

O aspecto apresentado porém, pela enferma que serve de base à este trabalho não se enquadra absolutamente entre as distrofias do esqueleto, não só aspecto clínico dessemelhante como a documentação radiográfica contraria a esta concepção diagnóstica, assim como a negatividade completa que os exames de laboratório apresentam neste sentido, não havendo mesmo a necessária colaboração humoral no sentido do metabolismo fosforo calcico. Além disso, o resultado da biopsia é soberano para afastar das distrofias osseas o caso que atualmente apresentamos.

Inflamações ou infecções. Neste quadro nosológico, as infecções mais comuns dos esqueletos são a osteomielite, a tuberculose, a sífilis, e as menos frequentes, as parasitarias especialmente a equinococose dada a nossa posição geográfica, vizinhos das Repúblicas do Prata, onde ela é habitual. A osteomielite não se presta para confusões com o caso em apreço, não só pela idade da enferma, sequência clínica e estudo radio lógico apresentado. A tuberculose, igualmente não encontra justificação para ser relatada, pela absoluta ausência de sinais próprios a esta infecção no exame a que se submeteu nossa doente. A sífilis ossea quer na sua forma congênita onde são inúmeros os estigmas, quer na forma adquirida, através de sua fase secundaria com lesões míni-

mas ou das destruições severas do terciarismo, não entra em cogitações aqui pela negatividade da sintomatologia apropriada; além disso, uma reação sorológica mostra um Wassermann francamente negativo.

As afecções parasitárias do osso são muito raras entre nós, e o quisto hidático é o que nos vem mais facilmente ao espírito, mas a paciente não vive na fronteira do Uruguai e Argentina, onde este mal é comum, e além disso, apesar da falta das reações de Casoni e Weimberg, podemos afastar esta possibilidade diagnóstica, unicamente pelo aspecto radiológico do nosso caso, tão convincente são as imagens roentgenianas da equinococose do esqueleto.

Desta forma encontramos-nos aptos para afastar a possibilidade, de que a afecção que gravita sobre o sistema ósseo da nossa enferma seja de natureza inflamatória ou infecciosa.

Tumores. Os tumores do osso são afecções mais ou menos frequentes em clínica cirúrgica, e tudo nos faz crer que a nossa paciente seja portadora deste tipo de lesão do esqueleto, uma vez descartados por falta de elementos convincentes às outras afecções acima estudadas.

Falta-nos, entretanto, classificar os tumores ósseos encontrados no caso presente e amplamente apreciados nos diversos films radiológicos entre as duas divisões clássicas da clínica, tumores benignos e malignos. Entre os primeiros ressaltam os osteomas, os osteocondromas, fibromas, angiomas, lipomas do osso, etc., que são neoformações de evolução demorada, sem alterações do estado geral, via de regra únicos, e com quadro radiológico nítido e inconfundível, acompanhados de condensação óssea, limites precisos e sempre mostrando a intangibilidade da cutícula periostica. Nenhum destes característicos estava porém presente no panorama clínico acima relatado, e por este motivo, afastamos a possibilidade dos tumores ósseos em questão serem incluídos entre os blastomas benignos. Indiscutivelmente, estamos em presença, no caso em apreço, de uma paciente portadora de vários tumores ósseos, e de natureza maligna, e apresentamos como justificativa desta asserção, a evolução rápida da doença, a grande repercussão sô-

bre o estado geral (perda de 22 quilos em poucos meses) aspecto clínico dos tumores, pluralidade das lesões, imagem radiográfica característica pelas extensas destruições observadas, e a prova de biopsia positiva. Antes de discutirmos qual o tipo do tumor de que é portadora a nossa enferma, devemos eliminar uma modalidade oncológica, o tumor de Mieloplaxe, ou chamado Sarcoma de células gigantes, pois este não tem cabimento no caso, e, além disso, hoje já foi deslocado dos blastomas malignos para a classe dos tumores benignos, embora tenham grande tendência à degeneração maligna (Cole). Uma vez esposado o diagnóstico do tumor maligno dos ossos, qual das duas modalidades clínicas a apontar? Tumor primitivo ou tumor secundário? Sabemos perfeitamente que o tipo secundário apresenta-se mais frequentemente que o primitivo, e entre estes teremos que nos referir ao sarcoma osteogênico, ao sarcoma de Ewing ou mieloma solitário, ao mieloma múltiplo ou Doença de Kahler, e a outros tumores primitivos não classificados.

O sarcoma osteogênico, quer na forma osteolítica com grande destruição da substância óssea, ou na modalidade condensante ou osteobástica, é comumente um tumor da juventude, apresenta-se na epífise dos ossos, é usualmente único e seu autografo radiológico não permite dúvidas dado o aspecto de estruturação. Nossa enferma, no entanto, não era muito jovem, tinha múltiplos tumores e nenhum deles lembrava o tipo nítido do sarcoma osteogênico.

O mieloma solitário ou Sarcoma de Ewing, que na verdade é um endotelioma e único como bem diz seu nome, aparece na maior parte das vezes ao nível dos ossos longos, produz mestases à distância, tem um aspecto clínico semelhante à osteomielite no início, e apresenta uma feição radiológica toda especial, com camadas superpostas comparadas às túnicas de uma cebola; nada disso havia no caso em estudo. A doença de Kahler, ou mieloma múltiplo, atinge preferencialmente os ossos do torax, do pelvis e do crânio, onde produz zonas de rarefação em formas arredondadas semelhantes às produzidas pelo trepano. Aparece simultaneamente em vários pontos do esqueleto e tem uma evolução mais ou menos rápida,

levando o doente à morte após breve caquexia. Nesta entidade morbida a reação de Bence Jones costuma ser positiva em cerca de 70% dos casos. Na atual paciente, os tumores apareceram separadamente, o pelvis estava indene de neoformações, a evolução não era muito rápida e a reação de Bence Jones foi negativa. Pensamos desta forma que este diagnóstico deverá ser também eliminado no presente estudo.

Estas conclusões nos levam a crer que não estamos em presença de um tumor primitivo do osso que possa ser enquadrado entre os tipos mais encontrados e que acima foram exemplificados.

A nossa enferma tem vários tumores, que foram aparecendo com algum espaço um do outros, e este fato aconteceu depois que sofreu a fratura do fêmur em condições excepcionais (traumatismo leve, e ruptura de um osso forte). Estaria o tumor primitivo instalado no terço superior do fêmur, motivando a fratura por um aqueda benigna, constituindo o tipo de fratura patológica? E os tumores não teriam seu ponto de partida na neoplasia que provocou a fratura do fêmur? E, a existência de um tumor ao nível da glandula tiroide, não teria ligação com o aparecimento dos outros blastomas osseos? Este ponto merece ser discutido.

É fato corrente e indiscutível que uma série de tumores assestados sobre determinados órgãos, apresentam preferencialmente metastases sobre o sistema osseo, e neste particular inscrevem-se com vehemencia os canceres da glandula mamaria, prostata, capsulas suprarenaes, pancreas e glandula tiroide, uns produzindo tipos de tumores altamente osteoliticos condicionando extensas e rápidas destruições, como os carcinoma, prostata e tiroide, outros oferecendo metastases tipo osteoplasticas ou condensante como o tumor maligno da mama, suprarenaes, etc.

No caso presente, a incidência do tumor tireoideano, podia fazer supor que o câncer primitivo estivesse localizado nesta glandula, e tôdas as neoformações osseas presentes fossem metastases do tumor tireoideano, dadas as preferências osteofilas do stumores deste órgão para suas metastases.

No entanto, o tumor tireoideano era de larga data, há mais de 15 anos ele já

existia, e pelo exame clínico, apresentava todos os característicos do bocio, simples adenomatoso, sem alterações da função tireoidea, e mostrando absoluta ausência de qualquer sinal que nos orientasse na possível malignidade deste blastoma.

Uma vez de posse dos dados clínicos, radiológicos e laboratoriais, resolvemos lançar mão de uma biopsia para melhor conclusão diagnóstica, e um fragmento de tumor foi retirado ao nível do esterno.

O laudo do exame histo patológico, praticado pelo Prof. Waldemar Castro, caracterizou o tumor entre as degenerações de ordem conjuntiva, e o descreve da seguinte maneira:

Os cortes demonstram que se trata de um processo blastomatoso de caráter invasor, constituído por elementos conjuntivos jovens parcialmente mixoides.

Diagnóstico

Sarcoma paricalmente mixoide.

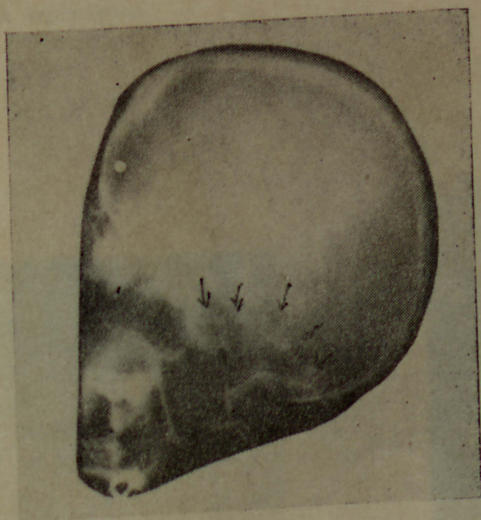
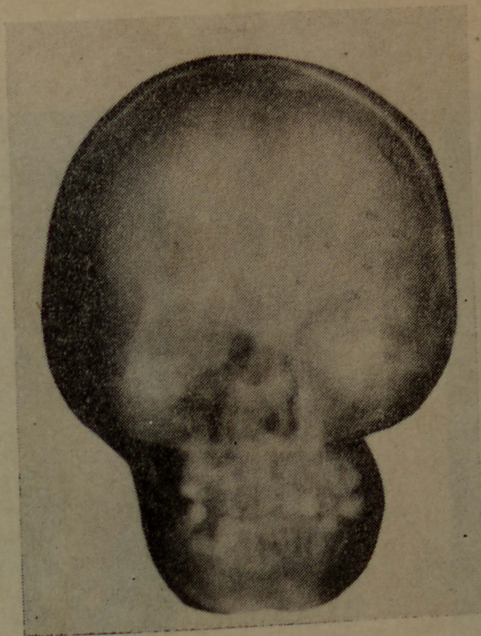
Deante deste resultado, aliado à anamnese, ao exame clínico e ao estudo radiológico, pensamos que o presente caso possa ser diagnosticado como osteosarcomatose, tendo como ponto de partida um tumor primitivo instalado no terço superior do fêmur, ocasionando a fratura patológica que foi o acidente inicial deste doloroso caso. O afastamento da idéia de câncer da tiroide, com metastases múltiplas, diagnóstico que ao início tinha sido esposado, foi posto completamente aparte, pelo exame anatomo patológico, que não evidenciou elementos tireoideos no fragmento do tumor esternal retirado na biopsia; neste particular é fartamente conhecido o fato de muitas vezes se fazer o diagnóstico do tipo histológico do tumor primitivo ou tumor mãe, pela biopsia das metastases.

Diagnóstico: Osteosarcomatose, com tumores assestados sobre o fêmur, clavícula, ossos temporal, esterno e decima costela. A fratura patológica produzida pelo tumor do fêmur achava-se consolidada, fato este observado em grande número de casos semelhantes.

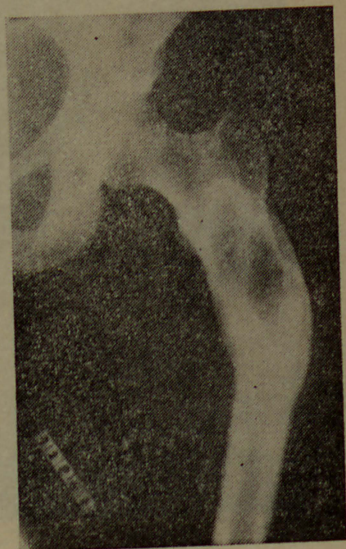
A nossa enferma foi submetida a uma série de irradiações radioterápicas, mas seu mal continuou em marcha inexorável, e três meses após este estudo, sucumbia em plena caquexia cancerosa.



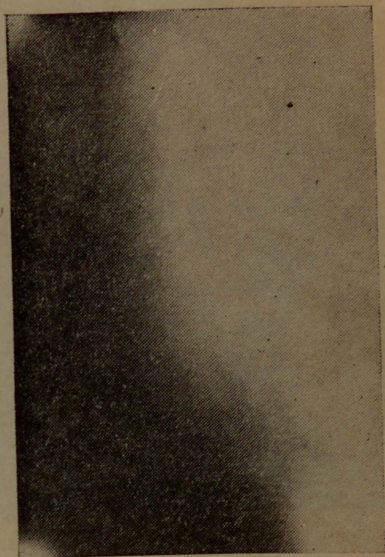
A paciente em três poses, mostrando os tumores da cabeça, tireoide e externo



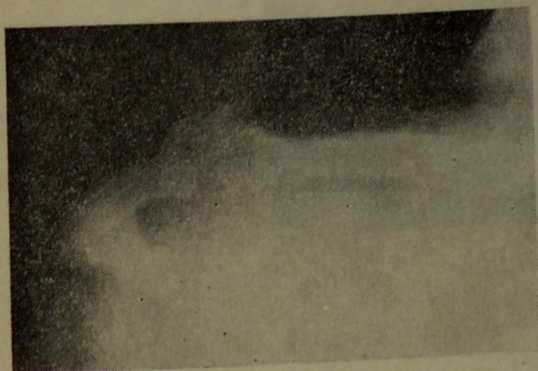
Tumor ao nível da região temporal, produzindo exoftalmia



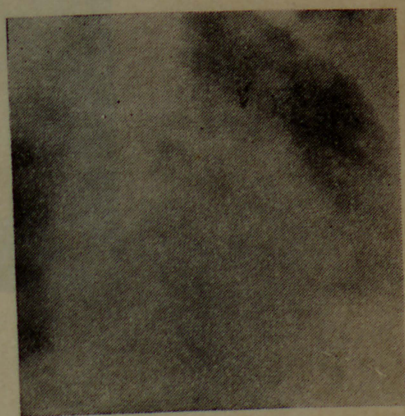
Tumor primitivo ao nível do terço superior do femur. Fratura espontânea.



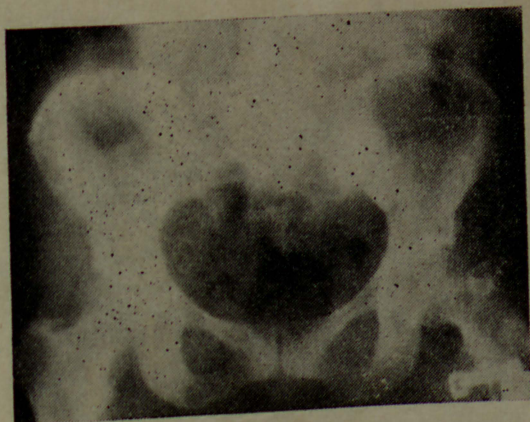
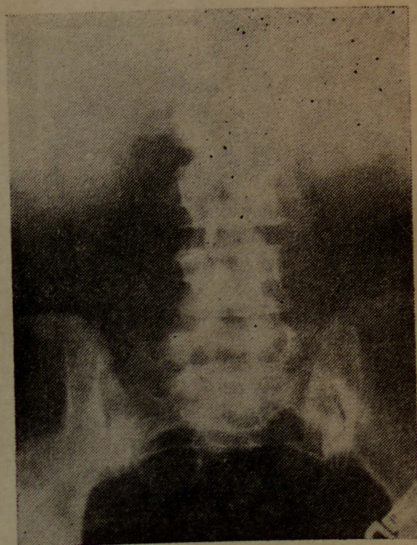
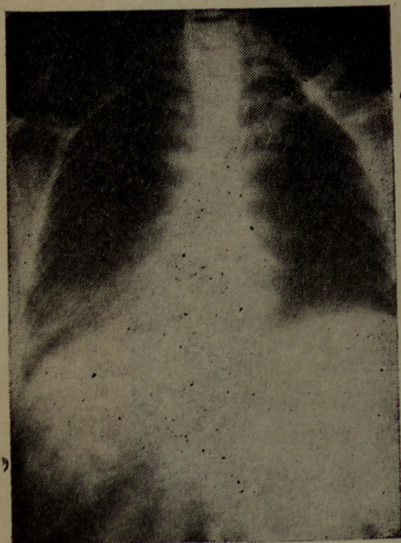
Tumor do externo



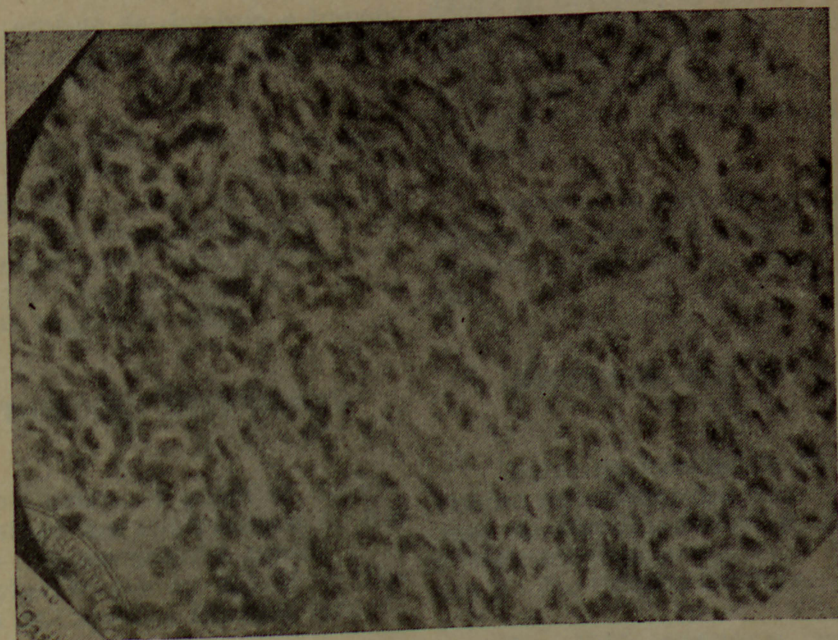
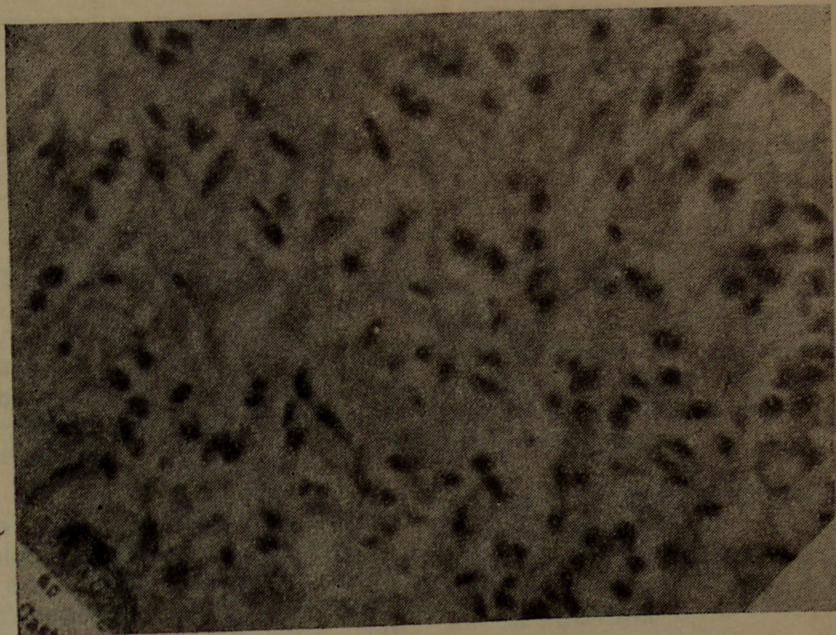
Tumor ao nível do terço externo da clavícula D.



Tumor na quarta costela a E.



Pulmão, raque e ossos do pelvis sem alterações patológicas



Resultado do exame anátomo patológico, em material conseguido através de punção external — Mixo-Sarcoma