

Sobre dois casos de sarcomas retro-peritoniais

por

Adair Siras de Araujo

Diversos órgãos ainda que contidos na cavidade abdominal são extra-peritoniais. Entre o folheto peritonal que reveste a parede posterior da cavidade abdominal e esta própria parede ha um espaço, o chamado espaço retro-peritonal, occupado em condições normais por diversos órgãos e formações. E' neste espaço retro-peritonal que estão alojados rim, supra-renal, ureter, uma parte do pancreas, etc. Naturalmente os tumores que nêles se desenvolvem são estudados juntamente com a patologia destes órgãos. Algumas outras formações ha porém no espaço retro-peritonal que também pôdem dar origem a tumorações: ganglios e vasos linfáticos, nervos, aponevroses, músculos, restos embrionários dos canais de Wolf ou de Müller, etc. São justamente êstes tumores que costumam ser estudados em conjunto sob a denominação de retro-peritoniais.

Pôdem ser êles divididos em benignos e malignos. Entre os primeiros citaremos os lipomas, os quistos (hidáticos, serosos, hemáticos), fibromas, tumores teratoides, osteomas, etc. Entre os segundos, o mais comum é o sarcoma, o unico cujo estudo nos occupará detalhadamente, pois constituirá o assunto de nossas duas observações.

Os sarcomas retro-peritoniais são tumores raros. Pôdem ser primitivos ou secundários. Nêste último caso o fóco primitivo costuma estar num dos ovários ou dos testículos. Os sarcomas primitivos pôdem ter sua origem em ganglios, bainhas vasculares, aponevroses, órgãos ectópicos ou restos embrionários. Segundo Koenig os sarcomas de desenvolvimento rápido têm sua origem nos gânglios ao passo que os sarcomas de crescimento lento são de origem aponevrotica. Seriam mais frequentes, segundo Steele, antes dos 10 anos, dos 40 aos 50 e depois dos 90.

O diagnostico precóce é bastante difficil. Em geral os casos se iniciam por leves perturbações digestivas, que se vão acentuando aos poucos, mas sempre imprecisas em seu aspêto e localisação: dôres abdominaes vagas, diarrêa ou constipação, anorexia, ás vezes vomitos, sensação de peso ou de plenitude abdominal. Ao mesmo tempo sintomatologia geral de enfraquecimento, cansaço, febre. Enquanto não ha tumor palpável o clínico em geral permanece indeciso quanto ao diagnóstico. Quando o tumor se deixa notar, chamam a atenção a sua fixidês, a dôr á palpação, a sua profundidade. Com o seu crescimento outros sinais aparecem ligados á compressão que êle exerce ou sôbre nervos ou sôbre vasos. Edema de um dos membros inferiores ou do escroto ligado a compressões venosas. Nevralgias rebeldes ligadas a compressões nervosas.

Nêste último grupo, de compressões nervosas pôde ser também

estudado um sintoma descrito em 1929 no *Klinische Wochenschrift* pelo cirurgião russo E. Hesse, que encontramos muito nítido em uma de nossas doentes e que passaremos agora a descrever. Este sintoma que para Hesse seria patognóstico dos tumores ou processos inflamatórios retro-peritoniais, pôde ser assim resumido:

O crescimento dum tumor ou a extensão dum processo inflamatório ao nível do espaço retro-peritonal provoca no fim de certo tempo a compressão do simpático lombar. A irritação assim produzida nêste tronco nervoso se traduz clinicamente por uma triade sintomática ao nível do membro inferior correspondente: sua pele se torna mais fria, ha hiperhidrose e o reflexo pilo-motor se exagera. Continuando o tumor ou o processo inflamatório a crescer, o simpático lombar ficará a principio inhibido e finalmente destruido completamente, a triade sintomática se inverte e nós teremos no mesmo membro: elevação de temperatura, diminuição e mesmo desaparecimento da sudação e desaparecimento do reflexo pilo-motor. As experiencias de Hesse foram feitas com termômetros especiais para pele mas na prática basta a palma da mão para apreciar as difirencas da temperatura assim como do grau de saudação. Elas são mais nítidas ao nível dos dedos e do dorso do pé.

Além dêste diagnóstico pôde-se também recorrer à urografia excretória ou melhor à ascendente, combinada ou não à insuflação de ar ou de oxigênio retro-peritorial, processo êste que nas mãos dos autores norte-americanos tem dado provas de bastante valor. A localização exata do tumor, assim como suas relações com o rim e ureter ficam dêste modo perfeitamente estabelecidas.

Na prática ha todo interesse em que êste diagnóstico seja o mais precoce possível, na fase em que o tumor ainda é extirpável, o que aliás raramente se consegue. Em um de nossos casos, assim como em muitos outros que tivemos oportunidade de compulsar na literatura médica, o diagnóstico só foi feito pela operação exploradora, quando nada mais era possível fazer cirurgicamente.

No segundo caso o diagnóstico pré-operatório foi possível mas o tumor também já era inextirpável.

Casos clínicos.

Procuraremos resumir agora as duas observações que tivemos apenas com 1 mês de intervalo. Começaremos pelo caso mais interessante, caracterizado por notáveis radiografias que permitiram o diagnostico pré-operatório.

1.^a OBSERVAÇÃO:

E. L., com 33 anos de idade, branca, casada, do Estado, residente nesta Capital, a pedido do Dr. José Flôres Soares, seu médico assistente, baixa à 10.^a Enfermaria em Setembro de 1938 para ser operada. Sua história clínica era a seguinte: Ha 14 anos fez uma nefropexia esquerda, tendo transcorrido normal o ato cirurgico e o post-operatório. Durante 13 anos passou bem. Ha 1 ano começou a sentir, após uma indigestão que lhe provocou muitos vomitos, dor no hipocôndrio E sem relação com a ingestão de alimentos, não muito intensa mas per-

manente. Em Novembro, isto é, 2 meses depois, notou um pequeno tumor debaixo do rebordo costal E. Por êste motivo baixou á Santa Casa onde foi operada. Nesta intervenção foi encontrado "...tumor formado por aderências intestinais e epíplon, o que leva a supor que a cavidade peritonial fora aberta na intervenção renal. Estas aderências foram desfeitas, mas esta intervenção deu lôgo a impressão de que o resultado seria pouco durador". Na mesma ocasião foi-lhe extirpado o ovário E quístico e o apêndice. Post-operatório acidentado, com prolongada supuração pela incisão o que obrigou o cirurgião a fazer 3 meses depois uma contra-abertura no flanco E com o que desapareceu esta supuração. De então para cá o tumor tem crescido continuamente, atingindo agora até a fossa iliaca, as dôres se têm acentuado enormemente.

Nos seus antecedentes nega abortos e qualquer outro passado morbido a não ser infecção puerperal ha mais ou menos 8 anos. Mari-do forte. 2 filhos falecidos em baixa idade. Pai faleceu do coração, mãe de ulcera gastrica. 4 irmãos com saúde. 14 irmãos falecidos em baixa idade.

O exame revela uma doente com estado geral bastante comprometido, palida, magra. Na região doente encontra-se um tumor ovoide dirigido para baixo e um pouco para dentro, estendendo-se desde o rebordo costal até à arcada iliaca, não aderindo nem àquela nem à esta, pouco movel, muito liso, duro e sensível. A percussão sôbre o tumor dá transversalmente no terço médio uma área de timpanismo, enquanto que o resto é francamente massivo. Nunca urinou nem evacuou pús ou sangue. Tensão arterial mx. 12-mm.7. Temperatura 36°8.

Com êstes dados, foi a doente levada ao exame radiológico do aparelho digestivo, exame êste praticado no Instituto das Clinicas pelo Dr Salvador Gonzalez. Com a devida permissão do autor, reproduzimos aqui na integra a sua interpretação que nos permitiu chegar ao diagnostico definitivo.

Dados radioscópicos.

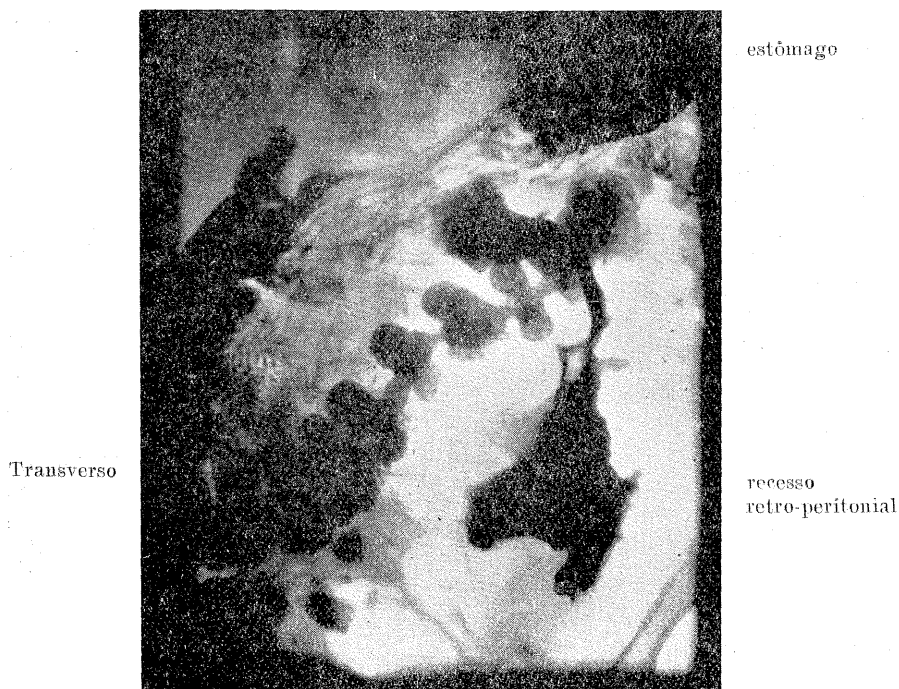
Estomago — Regular quantidade de líquido gástrico em jejum. Ingestão inicial de 150cc. de contraste. Transito normal no esôfago e no cardia. Enchimento regular da cavidade gástrica, com reação tônica diminuida das paredes do órgão. Mobilidade extrínseca boa. Sensibilidade difusa na área de projecção do estomago. Inicio retardado do peristaltismo. Ondas de fraca intensidade percorrendo uniformemente ambas as curvaturas. Franco predomínio dos periodos de repouso sôbre os de atividade com esvaziamento demorado do estomago.

Piloro — Transito fácil. Predomínio dos periodos de oclusão sôbre os de abertura.

Bulbo — Repleção completa. Visibilidade muito demorada. Mobilisável. Doloroso á palpação.

Arco duodenal — Transito moroso com estase. Cinesia de fraca intensidade: anti-peristaltismo nítido. O controle radioscopico do

contraste a partir do ângulo duodeno-jejunal mostrou que o mesmo na sua progressão desenha uma extensa imagem de contornos muito irregulares com vários prolongamentos de aspêto pseudo-diverticular e com orientações diversas. A medida que o contraste progride a imagem descrita vai aumentando em sua dimensões e o bario a abandona pela extremidade superior nas vizinhanças do ângulo duodeno-jejunal, para continuar a opacificar as calças jejunais que nenhuma particularidade oferecem. A imagem em apreço corresponde a um tumor volumoso que se apalpa sôbre a parede anterior do ventre, a esquerda da



linha média, sendo de mobilidade muito reduzida e de exagerada sensibilidade. Tal imagem é parcialmente enquadrada pelo transverso e o descendente dando a impressão de estar em situação posterior aos dois segmentos colicos e não apresentando nenhuma comunicação com êles. Radioscopias sucessivas feitas até ao quinto dia que se seguiu á ingestão de contraste, mostram que o mesmo permanecia retido em quantidade apreciável ao nível da imagem descrita que, reduzida de tamanho, apresentava entretanto perfeitamente desenhados seus limites.

Dados radiográficos

Arco duodenal — Em situação retro-gástrica com moderada dilatação do joelho inferior. O aspêto morfológico do achado radioló-



gico, o modo como se processa a sua opacificação, a demora em se esvaziar e a ausência de comunicações com o grosso intestino, permitem excluir a sua naturêsa cólica. Tal imagem tem remotas possibilidades de ser produzida por uma alça jejunal amputada rodeada por uma neo-formação primitiva ou secundária do intestino delgado. Si a amputação fosse produzida por um tumor estenosante a alça comprometida deveria se continuar diretamente com a parte sã, o que não acontece.

Poderíamos ainda formular a possibilidade da neo-formação ter abraçado duas alças do delgado que se juxtapondo e se confundindo intimamente permitiriam entretanto a transmissão do contraste. Si tal hipótese fosse aceitável a paciente deveria clinicamente apresentar sinais de sub-oclusão do delgado em situação alta, o que não acontece. Resta apenas a possibilidade de se admitir a existência de uma comunicação accidental entre a primeira alça do jeuno e um recesso retro-peritonal bloqueado.

Conclusões — Estômago e duodeno desviados para cima e para direita por neo-formação situada a esquerda da linha mediana. Estase duodenal do tipo organico. Provável existência de um recesso retro-peritonal em comunicação com a primeira alça jejunal.

Com tão completo relatório, auxiliados pelo exame clínico, vemos a idéia um tumor retro-peritonal que pelo seu crescimento tivesse, após comprometimento do folheto posterior da serosa, atingido e destruído uma alça de jejuno. A interessante imagem encontrada pelo Dr. Gonzalez em suas belas radiografias, seria produzida pelo bario penetrando no espaço retro-peritonal, graças a êste comprometimento jejunal.

Nestas condições foi nossa doente à mesa de intervenções não só com o fito de comprovar o diagnostico como o de tentar fazer ainda algo em seu favor apezar-de seu precário estado geral. Operou-a o Dr. Alfeu B. de Medeiros por nós auxiliado. Por uma incisão lateral facil foi chegar sobre o tumor. Êste pelo seu tamanho e aderências era inextirpável. Abrindo a cavidade peritonal conseguiu-se por em evidência o que se suspeitara: o comprometimento duma alça de jejuno pela massa tumoral. Talvês êste comprometimento tivesse sido mesmo facilitado pela primitiva nefropexia, na qual inadvertidamente o cirurgião houvesse aberto o peritônio.

Alguns pedaços de tumor foram retirados para biopsia que, executada no Instituto de Anatomia Patológica do Dr. Waldemar Castro, deu o seguinte resultado: "Os cortes demonstram que se trata de um processo blastomatoso, de carater invasor e destrutivo, formado a custa de células conjuntivas jovens, do tipo fusiforme. Diagnostico: Sarcoma fuso-celular".

O que de mais interessante a acentuar neste primeiro caso é peritonal, tão bem assinalada e estudada no minucioso relatório do pois esta singular comunicação entre a luz intestinal e o espaço retro-Dr. Gonzalez e que tivera como causa êste volumoso sarcoma,

II.^a OBSERVAÇÃO:

E. M., branca, casada, com 35 anos de idade, natural de Taquarí, baixou no dia 3 de Novembro de 1938 à 10.^a Enfermaria da Santa Casa. A história de sua moléstia é em resumo a seguinte: ha 3 anos, após um parto, notou o aparecimento de um pequeno tumor duro e indolor, no flanco esquerdo, logo acima da asa do iliaco. Durante 1 ano assim permaneceu esta tumoração sem muito a incomodar, a não ser dores vagas no membro inferior do mesmo lado. De então para cá o tumor começou a crescer rapidamente, as dores se acentuaram a ponto de não deixarem caminhar às vezes. O estado geral se alterou, fortes cefaléas, perda de peso, anorexia, epistaxis. Nunca houve perturbações intestinais de constipação ou diarréia. Urina bem, sem dores.

Nos seus antecedentes pessoais nada ha a assinalar de importância. Nos antecedentes familiares a doente nos informa ter seu pai morrido de uma "ferida ruim" (sic) na região frontal, que foi operada diversas vezes e sempre voltava.

Passando ao exame da região doente notamos a existência de um tumor de grande tamanho, de forma ovoide, ocupando todo o flanco e fossa iliaca direitos, estendendo-se em direção à linha mediana quasi até ao umbigo. Era um tumor duro, aflegmasico, fixo, não acompanhando os movimentos respiratórios, indolor, não aderente à pele. Não havia uma linha de separação nítida entre o tumor e a asa do iliaco. Aparelhos circulatório, respiratório, digestivo, genital, urinário nada mostraram de maior. Não havia gânglios hipertrofiados nem na vizinhança do tumor nem a distância. Baco normal.

Exames complementares: Exames radiológicos — Grosso intestino normal. Uma urografia ascendente bilateral, mostrou um rim normal a esquerda, um ureter desviado em direção a linha mediana assim como deformações da imagem plúclica (pequena hidronefrose) a direita.

Exame comum de urina: Traços nítidos de albumina e leves de pseudoalbumina. Píma. Muitos cristais de oxalato de cálcio. Células epiteliaes pavimentosas. Vários plocitos, bacteriuria abundante.

Exames de sangue: uréa — 0,250%; creatinina — 2 mil. 0% cloretos — 6.318 p. mil (em NaCl); clóro globular — 1,988 p. mil; clóro plasmático — 3,479 p. mil; coeficiente eritro-plasmático — 0,59; reserva alcalina — 64,5 volumes de CO²% de plasma.

Procurando estudar melhor o caso e já com a experiência da outra doente que tiveramos 1 mês, viemos a conhecer o sinal de Hesse. Como suspeitássemos de um sarcoma retro-peritônioal procuramos encontrar na perna direita de nossa doente a triade de Hesse. De fato, pela simples palpação, notava-se estar esta perna muito mais quente e muito mais sêca do que a outra. O reflexo pilo-motor estava abolido completamente, mostrando-se bastante vivo no outro membro. Isto nos dava a certeza de se tratar de um tumor retro-peritônioal em fase já bastante adeantada, tendo destruido o simpático lombar.

Em 13/11/38 foi nossa doente operada pelo nosso chefe Dr. A. Bica de Medeiros, por nós auxiliado. Encontramos um grande tumor

da região retro-peritoneal, inteiramente fixo, aderente ao iliaco, absolutamente inextirpável. Um pequeno pedaço foi retirado para biopsia. Esta, feita graças á gentileza do Instituto de Anatomia Patológica do Dr. Waldemar Castro, deu o seguinte resultado: "Os cortes demonstram que se trata de um processo blastomatoso, de carater invasor e destructivo, formado a custa de uma associação de tecido conjuntivo jovem, com tecido conjuntivo adulto. Diagnostico: FIBRO-SARCOMA".

Estava assim confirmada nossa hipótese e comprovado também o valor do sinal de Hesse.

Sirvam estas duas observações para as seguintes conclusões: os sárcomas retro-peritoneais, ainda que raros, devem sempre entrar em linha de conta no diagnostico de certos casos difíceis e de sintomatologia dubia. A julgar pela nossa segunda observação (assim como por outras de autores alemães e russos) temos no sinal de Hesse um elemento de valor para nos auxiliar neste diagnostico, informando-nos não só da séde da lesão mas ainda da fase em que está na sua evolução.