

SECCO EICHENBERG

RABDOMIOSARCOMA DA PANTURRILHA

Separata da Revista de Medicina do Rio Grande do Sul,
de Setembro - Outubro 1947 - N.º 19 - Vol. 4 - Ano IV.

09-10/1947 - REV. MED. RS - 'RABDOMIOSARCOMA
PANTURRILHA'

1948

Of. Gráf. da Livraria do Globo
Porto Alegre

SECCO EICHENBERG

RABDOMIOSARCOMA DA PANTURRILHA

Separata da Revista de Medicina do Rio Grande do Sul,
de Setembro - Outubro 1947 - N.º 19 - Vol. 4 - Ano IV.

1948

Of. Gráf. da Livraria do Globo
Porto Alegre

RABDOMIOSARCOMA DA PANTURRILHA

por

Secco Eichenberg *)

CONSIDERAÇÕES EM TÔRNO DUM CASO CLÍNICO

Ao procedermos a visita diária dos pacientes recolhidos à Enfermaria "Professor Guerra Blessmann" — 18.^a Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia, encontramos, no dia 12 de Dezembro de 1945, recolhido ao leito n.º 9, o paciente:

"J. L. G., com 22 anos de idade, de sexo masculino, de cor branca, solteiro, agricultor, brasileiro e natural e residente no vizinho Município de Viamão".

Ocupava, como já o referimos o leito n.º 9, sob papeleta n.º 16.809, caso n.º 357, havendo baixado à tardinha do dia 11.12.1945.

O paciente em questão, apresentou há cerca de dois anos, um pequeno nódulo ao nível do terço superior da face externa da perna E. Este nódulo, ao qual nenhuma importância atribuiu, por não o molestar, cresceu lentamente, até atingir dimensões regulares (de uma laranja do céu). Já então, sentia dores difusas ao nível da perna e do joelho EE. A marcha no entanto fazia-se relativamente bem. Notava, porém, que seu estado geral dia a dia se agravava, com emagrecimento progressivo, palidez crescente, etc. Aconselhado por distinto Colega a procurar um cirurgião, dirigiu-se a Pôrto Alegre. Foi-lhe feita então uma biopsia, ao nível do nódulo apontado, de cujo resultado se concluiu pela necessidade absoluta e imediata da amputação da perna. Não nos foi possível conseguir do paciente e de seus familiares maiores informes, sobre o aspecto do material retirado para a biópsia, nem do diagnóstico então formulado pelo cirurgião que o atendera.

O paciente recusou o tratamento indicado,

recolhendo-se a sua residência no vizinho município, onde permaneceu durante um ano.

No dia 10-12-1945 (na véspera de baixar ao nosso Serviço) foi visto pelo dr. Hígio Ferreira, que aconselhou fôsse o paciente procurar recursos na Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre, pois seu estado já era de verdadeira caquexia, suspeitando do comprometimento pulmonar (metastases).

Durante o tempo em que o paciente esteve em casa, o tumor da perna E, tinha aumentado bastante de volume, propagando-se para toda a panturrilha, respeitando no entretanto a região ou face anterior da perna. Na véspera de baixar, sentira, pela manhã, uma dor muito forte na região poplíteia, em sua metade inferior (dor em facada ou pontada), notando, depois, que o tumor aumentava rapidamente de tamanho.

Os demais elementos de anamnese são sem interesse no caso clínico.

O exame clínico evidenciou a existência de enorme tumor ao nível da perna E, na região da panturrilha, com limites pouco nítidos, confundindo-se para baixo com a região aquiliana e em cima com o côncavo poplíteo. Pele descorada, principalmente ao nível do pé, onde a palidez era marmórea. Ao nível da face externa, no terço superior, notava-se uma pequena solução de continuidade, com fundo vermelho-róseo (local da biópsia — não cicatrizado).

A palpação demonstrou que o tumor era de consistência mole, mobilizável em bloco com toda a panturrilha, completamente indolor, e sem continuidade aparente com o esqueleto. Palpação da tíbia e do peroneo, sem particularidades. Pele mais fria que a do lado oposto, seca e não aderente ao tumor. Mobilidade ativa do pé abolida, sendo que a articulação do joelho apresentava uma pequena limitação dos

*) Catedrático Interino Substituto da 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre — Catedrático Titular — Professor Guerra Blessmann.
Diretor Interino da Enfermaria "Professor Guerra Blessmann" — 18.^a da Santa Casa de Misericórdia de Pôrto Alegre.

Docente Livre de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre.
Médico-Chefe da "Protectora" Cia. de Seguros contra Acidentes do Trabalho — Pôrto Alegre.
Res.: Rua Mostardeiro, 263. Pôrto Alegre. R. G. do Sul.

movimentos. Não se percebem os batimentos da artéria pediosa. Oscilometria, ao nível da perna, completamente nula.

O estado geral do paciente era verdadeiramente caquético. O exame dos demais aparelhos nada mostrou de anormal.

Tratava-se de um tumor mole, difuso da panturrilha E, num paciente que demonstrava um grande comprometimento do estado geral, sem outra causa aparente. Os dados clínicos e anamnésicos nos levaram ao diagnóstico de um tumor maligno.

Pela palpação, nos foi possível verificar se o tumor não tinha ligação direta com algum dos ossos da perna. Aliás, se se tratasse de um tumor primariamente ósseo, natural, seria o seu desenvolvimento para a face ou loja anterior da perna, o que não se dava no caso clínico em aprêço.

A possível origem tegumentar dêste tumor não encontrava a menor justificativa na evolução da afecção de nosso paciente. Datando a mesma de há dois anos atrás, atingindo proporções avantajadas, a única lesão da pele era a solução de continuidade ao nível da biopsia, que nunca cicatrizara.

A falta de sinais semióticos correspondentes afastava a hipótese de uma lesão vascular, um aneurisma arterial, um aneurisma artério-veou um angio-sarcoma, por exemplo.

A zona atingida era indubitavelmente a musculatura da panturrilha, devendo o tumor dela depender, e o profundo comprometimento do estado geral, que não encontrava no aparelho respiratório causa direta (tbc) ou noutro qualquer sistema do organismo, levantava desde logo a suspeita do caráter maligno do tumor.

Um tumor benigno da massa muscular da panturrilha, um mioma, mesmo um lipoma inter ou intramuscular, poderia atingir tal proporção, mas, além da deformidade, não teria repercussão sobre o estado geral do paciente.

E, entre os tumores malignos dos músculos, se nos apresenta em primeiro plano o sarcoma, pelo que nos pronunciamos pelo diagnóstico de um sarcoma dos músculos da panturrilha, já que pela história e pelo exame clínico, o tumor era primário desta região.

Na anamnese estava registrada a história de uma dor em pontada, que sentira na véspera de baixar ao nosso serviço, e que se fizera acompanhar de aumento rápido do tumor. Este fato nos fez pensar numa lesão súbita de um dos troncos vasculares da perna, que pela ação

destrutiva e corrosiva do próprio tumor, se romperá subitamente.

Por contigüidade, o tumor errosara a parede de um vaso arterial calibroso, e pelo perituito, o sangue penetrara na intimidade dos tecidos do tumor.

A dor em pontada, que o paciente referia, é facilmente explicada pelo rompimento final do vaso e pela propulsão do sangue em jato na intimidade dos tecidos vizinhos. E, o hemetoma formado pela derivação sanguínea, para a intimidade do tumor, levou ao rápido crescimento dêste. Igualmente, não mais seguindo o sangue a via comum dos vasos arteriais, esta falta levou à isquemia do tærço inferior da perna e especialmente do pé, que apresentava uma cõr marmõrea, bem como à suspensão de batimentos da pediosa e das tibiais.

A existência ou não de um aneurisma anterior, era uma hipótese a verificar; o que porém era certo, era a ruptura do tronco vascular principal com respectiva falta de circulação da extremidade do membro inferior E.

Havia no caso clínico em aprêço, indicação operatória, e indicação urgente, não só diante do tumor em si, cujo diagnóstico, indicando alta malignidade, estava requerendo uma amputação em nível elevado, como também, e principalmente devido à complicação última, da ruptura do próprio tronco vascular, se impunha a mesma intervenção.

Em si, relativamente ao tumor, se bem que não tivesse sido possível a realização imediata de uma radioscopia, para a verificação de metástases pulmonares, no entanto, pela evolução já longa do caso clínico, pelo extremo estado de depauperamento do paciente, o prognóstico era reservado, e a intervenção mais paliativa que curativa.

No entanto, a falta aguda de circulação da extremidade inferior (perna e pé), a difusão de sangue pelo tumor da panturrilha, levaria fatalmente à gangrena. Assim a amputação, mesmo que mutilante, evitando a instalação da gangrena, era o único meio que podia combater suas conseqüências, que pela propagação e generalização do processo, inevitáveis num caso como o presente, levariam sem dúvida alguma a um desenlace fatal em rápido espaço de tempo. Por isso, esta intervenção era também o processo indicado para manter uma sobrevivência razoável.

Por êstes motivos resolvemos intervir incontinenti. Fomos auxiliados pelo então ddo. Mickelberg, que também realizou a anestesia-ex-

tradural, com 40 cc de solução de novocaína a 2%. Pré-narcótico — solução Dastre.

Sob ótima anestesia, realizamos a amputação circular do membro inferior ao nível do terço médio da coxa. Aproximação dos músculos e aponeuroses, e sutura da pele, bem como hemostasia, à fio de algodão. Não drenamos, nem desmedulizamos o osso.

Colocamos um aparelho de tração de Tillaux no coto, para evitar a tensão da sutura pela retração das partes moles.

Choque operatório de média intensidade, facilmente debelado por medicação apropriada: 500 cc de sangue, 60 cc de cloreto de sódio hipertônico a 20%, um litro de soro glicozado e outro de soro fisiológico.

Medicação esta mantida, salvo a transfusão, em intensidade decrescente, depois das primeiras 72 horas. No quarto dia pós-operatório, foi realizada outra transfusão de 250 cc.

A cicatrização se deu por primeira intenção.

A 13 de Dezembro de 1945, o hemograma deu o seguinte resultado:

Hemácias	4.240.000
Leucócitos	11.000, com 14 % de eosinófilos
Hemoglobina	85 %

enquanto que uma segunda contagem, feita a 2 de Janeiro de 1946, nos revelou uma sensível piora, apesar da medicação que vinha sendo feita, pois deu os seguintes dados:

Hemácias	3.190.000
Hemoglobina	58 %

Este segundo exame coincidiu com o período final de um agravo sofrido pelo paciente, pois em fins de Dezembro de 1946, instalou-se um quadro de dispnéia, que aparentou à primeira vista estar ligada a uma pneumonia, porém não se observaram ao exame objetivo características clínicas. Apresenta temperatura elevada e contínua, porém nunca atingindo 39 graus. A radioscopia dos pulmões mostrou a existência de uma grande mancha ao nível do lóbulo inferior esquerdo, e de duas pequenas manchas no lóbulo superior direito, ao nível da região infraclavicular.

Em face do quadro clínico anterior, interpretamos este achado radioscópico, como metástases pulmonares, sendo que em torno da base do pulmão E, parecia haver um processo irritativo-congestivo-perifocal.

Em vista deste resultado, o paciente foi encaminhado ao Serviço de Combate ao Câncer

no Hospital São Francisco, para radioterapia profunda.

Naturalmente que tal medida somente poderia ser considerada como paliativa, pois a radioscopia efetuada, infelizmente confirmara nossas suspeitas anteriores, que metástases a distância já se encontravam formadas.

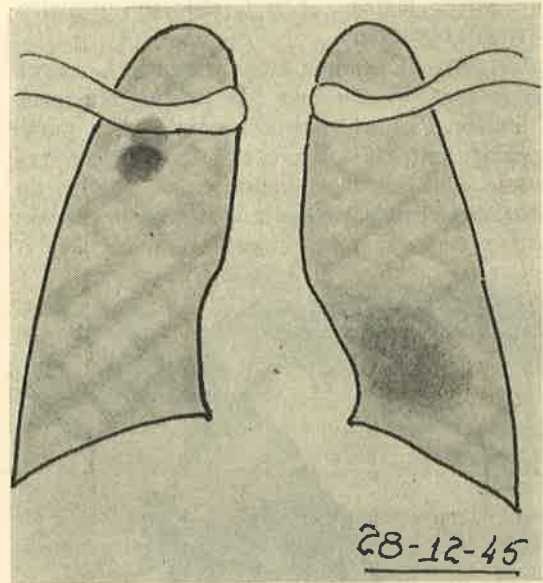


Fig. n.º 1 — Radioscopia feita a 28-12-1945.

Operado a 12 de Dezembro de 1945, 16 dias após, a radioscopia revelou extensas metástases pulmonares, o que prova a sobrejo que o profundo comprometimento do estado geral não dependia única e diretamente do tumor dos músculos da panturrilha, e sim, de sua repercussão a distância, e mais comum entre elas, as metástases pulmonares.

A demora do paciente em se resolver por uma medida terapêutica mais séria (recusa operatória há um ano), havia lhe feito perder o momento oportuno, em que a amputação teria sido curativa e a radioterapia profunda empregada secundariamente, esterilizante.

Aliás é bem comum encontrarmos, especialmente nos meios menos cultos, esta relutância em concordar com uma mutilação, mesmo quando esta se impõe sob pena da perda de vida. Não só a temos encontrado entre os elementos mais simples do povo, como também entre indivíduos mais esclarecidos.

O exame histo-patológico, feito no serviço de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, a cargo do Professor Paulo Tibiriçá, nos revelou a 18 de Dezembro

de 1945, em certificado firmado pelo dr. Bor-nancini:

“Sarcoma fuso-celular da massa muscular”.

A peça representada na figura n.º 2, nos re-vela em todo o seu tamanho, o tumor locali-zado ao nível da panturrilha, apresentando ain-da na sua face externa, a solução de continui-dade da pele, ao nível da região onde fôra feita a primitiva biópsia. Era a sêde do primeiro “caroço” observado.

Ao corte do tumor, se observava a massa degenerada dos músculos da panturrilha, sem os limites e característicos normais, e na parte superior, extensa zona cheia de coágulos re-centes. Era neste ponto, um típico quadro de aneurisma difuso. Aliás não foi possível en-contrar, mesmo após cuidadosa dissecação, o



Fig. n.º 2 — Fotografia da peça anatómica.

tronco tíbio-peroneiro, que deve ter sido des-truído na véspera, quando da ruptura ocasion-ada pela invasão pelo tumor maligno.

A radiografia que acompanha esta observa-ção, foi tirada da peça, após a amputação, dei-xando perceber bem claro, que os ossos da perna se encontravam fora do processo patoló-gico, o que também foi comprovado pela dis-secação da mesma peça.

Após a irradiação, melhorou o estado geral do paciente, também atendido por mais algu-mas transfusões. (Possível parada de evolução das metástases). O paciente engorda. Cicatriza uma escara sacra, que já trazia quando baixou. Levanta do leito e, a 24 do de Janeiro de 1946, obteve alta do serviço.

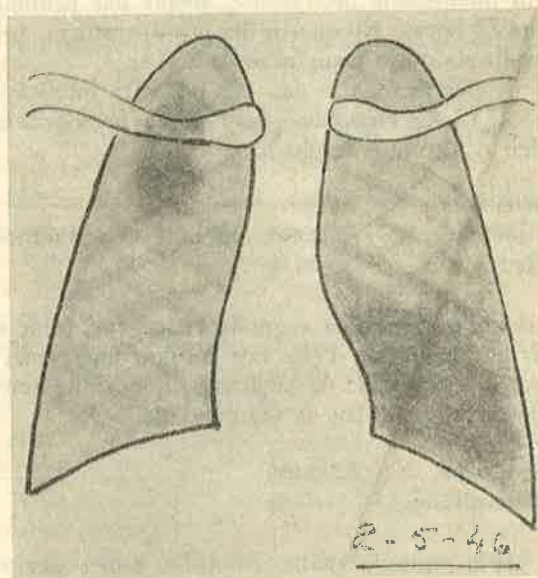


Fig. n.º 9 — Radioscopia feita quando da última recrudescência da evolução das metástases.

Em Março de 1946, voltou ao serviço para uma radiografia de contrôle, havendo sido en-contrado o mesmo quadro pulmonar da radios-copia de fins de Dezembro do ano anterior. Aumentara o paciente 12 quilos e sentia-se bem disposto. Apesar destas melhoras, mantivemos nosso prognóstico sombrio, pois diante de uma provável parada momentânea na evolução das metástases, o problema prognóstico se resumia numa sobrevivida um pouco mais longa.

A 26 de Abril de 1946, um irmão nos procurou, informando da continuação da melhora do estado geral, mas que apesar de ter ainda au-mentado de pêso, voltara a sentir dores ao ní-vel do tórax. (reinício da evolução das metás-tases).

Aliás, esta suspeita se confirmou, quando em princípios de Maio do mesmo ano, após um quadro de broncopneumonia, idêntico ao observado em fins de Dezembro de 1945, o paciente entrou novamente em caquexia progressiva.

De julho em diante necessita de morfina para sentir alívio da opressão torácica. Dai em diante, segundo informação de um colega que o atendia na vila de Viamão, o caso caminhou a passos largos para o desenlace fatal, que segundo informes posteriores se processou em fins de Agosto de 1946.

O presente caso clínico nos revela um tumor maligno, que conforme os dados do exame clínico e de acordo com a verificação macroscópica feita na peça após a amputação, sediava na massa muscular da panturrilha. O diagnóstico clínico de um blastoma maligno da musculatura estriada, foi confirmado pelo exame histo-patológico.

Ora, os tumores propriamente ditos do tecido muscular estriado, são relativamente pouco frequentes, mesmo os de caracteres benignos. No geral, quando um tumor se encontra numa massa muscular do esqueleto, ele é com relativa frequência, um tumor dos tecidos intramusculares, dos séptos fibrosos interfasciculares das aponeuroses ou da própria gordura. São tumores indiretamente musculares.

Assim, CARROL e MARTIN (1) ao estudarem os tumores malignos das partes moles das extremidades, afirmam que os mais frequentes são os fibro-sarcomas, mas que estes, no geral, são derivados da pele, do espaço sub-cutâneo ou dos tecidos conjuntivos inter ou intramusculares.

Podem não há dúvida, diante do próprio característico invasor dos tumores malignos, atingir os músculos da região, mas não são originariamente tumores musculares.

BABCOCK (2) declara que os tumores malignos dos músculos, são sarcomatosos, sendo

o mais comum, o fibro-sarcoma (dos espaços intermusculares). Quando se apresenta um carcinoma, este é secundário.

BOYD (3) afirma que o sarcoma primário do músculo é raro, ao contrário dos tumores secundários, que são bastante mais comuns.

KARSNER (4) estudando os tumores dos músculos estriados, julga que eles, de um modo geral, quer sejam benignos ou malignos, são raros. O rabdomioma (benigno) é extremamente raro, algo mais frequente é o rabdomio-sarcoma.

ARGUELLES (5) cita como tumores primários dos músculos os angiomas, os lipomas, mixomas e os sarcomas, todos raros, e que na maioria aparecem ao nível dos interstícios fasciculares dos músculos.

WAKELEY e HUNTER (6) classificam os tumores musculares como não muito comuns. Para estes autores, a maioria dos mesmos se inicia nos folhetos fibrosos do tecido conjuntivo interfibrilar.

FOOT (7) cita os estudos de FUJINAMI, que ao contrário do que se admitia anteriormente, verificou a possibilidade de rabdomio-sarcomas ao nível dos músculos esqueléticos, substituindo-os finalmente dentro da sua aponeurose. Se apresentam com uma massa tumoral mole e encefaloide. São tumores extremamente malignos.

Quanto ao tratamento, este é eminentemente cirúrgico, pois este tipo de tumores malignos responde muito mal à radioterapia profunda. Cirurgicamente se impõe a amputação alta, que aqui, como nos osteo-sarcomas, leva a melhores resultados que a desarticulação.

Naturalmente que o prognóstico depende da precocidade do diagnóstico, que nos permita intervir antes da dissimilação das metástases.

Ao finalizar queremos consignar nossos agradecimentos ao nosso colega Arthur Michkelberg, pelos dois desenhos representando os resultados radioscópicos e pela fotografia tirada da peça anatômica.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — CARROL, GEORGE A. & MARTIN, THOMAS M. — Fibrosarcoma of the extremities — Surg. Cl. N. America — October 1944 — pag. 1220.
- 2 — BABCOCK, W. WAYNE — Principles and Practice of Surgery 1944 — Lea & Febigar — U. S. A.
- 3 — BOYD, WILLIAM — SURGICAL PATHOLOGY — 5 th. ed. — 1943 — Saunders ed. — U. S. A.
- 4 — KARSNER, HOWARD — Human Pathology — 6 th. ed. 1943 — Lippincott U. S. A.
- 5 — ARGUELLES, RAFAEL — Manual de Patologia Quirúrgica — Vol. I — 3.ª ed. — 1942 — Barcelona.
- 6 — WAKELEY, C. P. G. & HUNTER, John B. — Rose & Carles's Manual of Surgery — Vol. I — 1943 — 17 th. ed. — London.
- 7 — FOOT, NATHAN CHANDLER — Pathology in Surgery — 1945 — Lippincott — U. S. A.