



SCHWANOMA DO MEDIASTINO

Cura Cirúrgica

EGBERTO MOREIRA PENIDO BURNIER (*)

“L'étude clinique des tumeurs du médiastin appartient à la médecine plus qu'à la chirurgie; mais leur traitement ne saurait être que chirurgical”.

LENORMANT

O interêsse da presente publicação é duplo: como divulgação de caso pouco freqüente e porque a verdadeira etiologia dos tumores mediastínicos, quase sempre é feita na mesa de cirurgia.

Foi o que realmente se deu com o caso que passaremos a relatar de FRANCISCO R. L. 18 anos de idade, branco, natural de Minas Gerais, estudante.

Ao fazer radiografia de tórax para efeito de carteira de saúde no dia 6-3-952, o médico radiologista, aconselhou-o a que procurasse o Serviço Nacional de Câncer, visto apresentar um tumor do mediastino superior, crescendo para o pulmão direito, de limites nítidos, formando bosseluras em seqüência, de densidade homogênea e alta tonalidade radiológica, conforme laudo radiológico trazido pelo próprio paciente.

(*) Docente de Clínica Cirúrgica da Fac. Nac. Medicina da Univ. Brasil — Chefe de Cirurgia Torácica do Instituto de Câncer. Serviço Nacional de Câncer. Rio de Janeiro. Brasil.

Matriculado no Ser. Nac. de Câncer em 14-3-952, sob n.º 21.643, relatou como único sintoma, sudorese e calafrios apenas há 6 dias. O exame efetuado nesta data foi o seguinte:

Tireóide e órgãos genitais externos — clinicamente normais.

O exame do tórax, pela inspeção, verificou-se apenas discreta escoliose à direita. Nenhuma alteração palpatória, estando normal o frêmito tóraco vocal. Não foram observadas atrofia muscular e hiperestesias da parede torácica. Ausência de flutuações. Ausência igualmente de adenopatias palpáveis.

Nesse mesmo dia foi praticado novo exame radiológico dos campos pulmonares com o seguinte resultado:

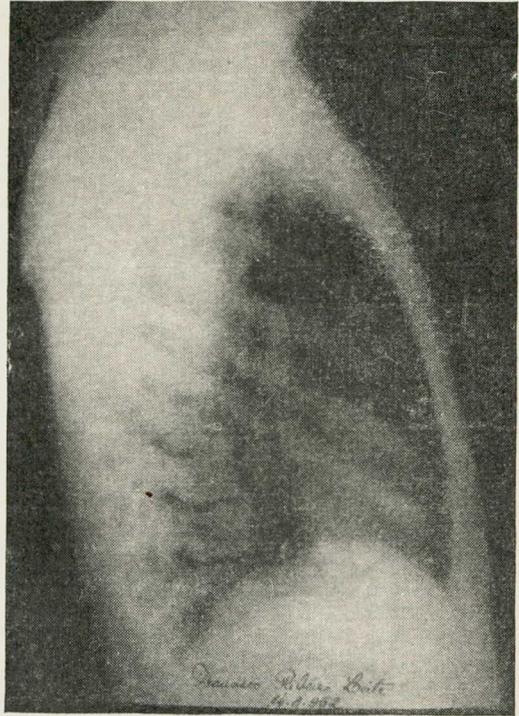
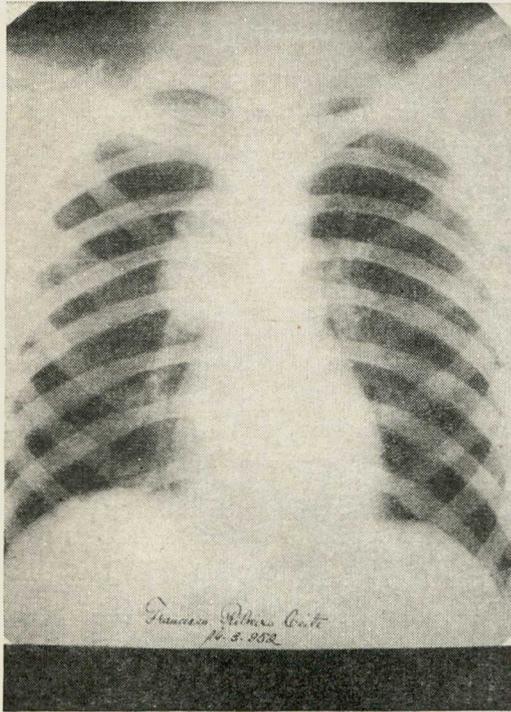
“Opacidade de aspecto tumoral, alargando à direita a imagem do mediastino no seu terço médio, com cêrca de 8 cms. no maior diâmetro, que é vertical e apresentando contorno direito bi-cíclico. Situação posterior ao plano do hilo;”

(a) E. MACHADO NETTO

Diagnóstico clínico: Linfoma? Neurinoma?

Com êstes diagnósticos de possibilidade, foi à mesa redonda, para discussão e orientação terapêutica.

Ficou indicada a roentgenterapia de prova, tendo feito também o hemo-grama, que nada de anormal revelou.



Aspecto radiológico de frente e perfil, cuja descrição tumerosa foi dada pelo Dr. Evaristo Machado Netto.

A roentgenterapia foi praticada pelo espaço de 2 semanas, no período de 7 a 18-4-952, em número de 10 aplicações de duas incidências por vez (portanto 20), com uma dose tumor de 140 r, através 4 campos de 10 x 15, em foco cruzado, sendo 2 anteriores e 2 posteriores, sendo a média por campo de 170 r. Aparelho de 200 Kv; filtro de 1,0 Cu; Rend. de 73 r.

No dia 25-4-952, novo estudo radiológico dos campos pulmonares foi efetuado, para comparação, não se tendo observado qualquer alteração apreciável em relação às chapas anteriores.

Em 30-4-952, revisado o caso em 2.^a mesa redonda, ficou afastada então a hipótese primeira de linfoma e deliberado ser internado para tratamento cirúrgico.

CONSIDERAÇÕES DIAGNÓSTICAS

O tumor do mediastino de um modo geral é sempre de diagnóstico difícil, quanto a sua etiologia e quanto ao seu caráter. Vêmo-lo com freqüência como manifestação secundária de uma lesão blastomatosa do esôfago, pulmão e quiçá da mama.

Dos tumores mediastínicos primitivos, a maior freqüência está com os de origem ganglionar linfática, seja como primeira manifestação ou como sintoma geral dos linfomas (linfosarcoma, reticulosarcoma, Hodgúin). Daí o primeiro diagnóstico suspeitado e com muita razão, pois que o bi-cíclico tumeroso, falava a favor de um tumor de provável origem ganglionar.

Depois em freqüência vêm os tumores malignos, com cêrca de 80% dos casos, segundo estatísticas de Hare e

Riegel, dos quais os carcinomas ou tumores epiteliais, assumem a liderança, sejam originários de endotélio pleural, restos tímicos ou de glândula tireóide aberrante.

Os sarcomas mediastínicos são pouco freqüentes e, dentre êles, os mais encontrados os fibrosarcomas.

Os tumores benignos, bem mais raros, assumem entretanto o maior interesse cirúrgico, pois que, tanto da casta dos teratomas (os mais freqüentes do grupo), como da dos conectivos (fibroma, lipoma, fibro-xantomas, etc.), dos de anomalia de desenvolvimento (cistos brônquicos), ou de origem parasitária (cistos hidáticos), ou por fim, originários nos troncos ou bainhas dos nervos e nos gânglios nervosos espinhais ou simpáticos, curam-se definitivamente pela ablação cirúrgica completa.

Dêste bosquejo anátomo-clínico da grande variedade de tumores mediastínicos, não devemos nos esquecer de relatar os aneurismas aórticos ou dos demais grossos vasos mediastínicos e os muito raros tumores de origem luética.

No diagnóstico do caso presente, o aneurisma e a sífilis foram logo afastados, pela idade e pelo aspecto radiológico. Igualmente não entrou em linha de conta o diagnóstico das mediastinites, pela falta absoluta do cortejo sintomático próprio desta variedade de processo inflamatório, bem como a ausência de histórico de dor e alteração grave da curva térmica, com a adinamia característica dos abscessos mediastínicos.

Havia um tumor mediastínico, multi-bosselado, em indivíduo jovem (18 anos). A adenopatia tuberculosa

de mediastino é rara e quase nunca é tão isolada e muito menos unilateral.

Permaneceram assim duas hipóteses: o linfoma e o neurinoma. Na ausência de qualquer outra alteração ganglionar, acessível à simples biopsia, axilar, supra-clavicular, inguinal, optou-se pela prova terapêutica, para a diferenciação entre o linfoma e o neurinoma, uma vez que seria rápida e inócua em face da ausência de sintomas mediastínicos. Negativo que foi o tratamento pelas irradiações, pela nenhuma resposta do tumor aos raios X, impunha-se desde logo o diagnóstico cirúrgico de NEURINOMA.

CONSIDERAÇÕES SINTOMÁTICAS

Muitos tumores mediastínicos de tamanho moderado são assintomáticos, mas a regra é se exteriorizarem por sinais funcionais e físicos, que permitam o diagnóstico. Hoje, com o cadastro torácico, costuma-se despistar os tumores intra torácicos, quase sempre na fase assintomática, diagnóstico precoce que muito tem contribuído para o êxito excepcional da cirurgia torácica.

Dos fenômenos mais freqüentes nos tumores mediastínicos, é a compressão nos diversos órgãos aí situados, dando as peculiaridades de sintomas, conforme a sua localização. Assim:

a) compressão da traquea e brônquios, com cornagem; sôpro rude ou sôpro brônquico; diminuição do murmúrio vesicular do lado comprimido etc...

b) compressão venosa, seja das veias pulmonares (edema, congestão pulmonar ou derrame seroso pleural) ou das veias bráquio-cefálicas e cava

superior (cianose e edema da face, pescoço e membros superiores).

c) compressão arterial, mais tardia, que se revela pelo enfraquecimento do pulso periférico.

d) compressão nervosa, produzindo primeiro irritação e logo paralisia. Dêstes, os que mais vêzes são comprometidos, pela freqüência de localizações e situações anatômicas especiais são: o recorrente e o pneumogástrico. Quando há compressão do recorrente, vemos surgir a rouquidão e logo a afonia e algumas vêzes o quadro do edema da glote, de gravidade excepcional, exigindo não raras vêzes uma terapêutica cirúrgica urgente. Ao pneumogástrico são atribuídas as tosses coqueluchoides, vômitos, palpitações e crises anginoides e alterações rítmicas do pulso.

Se há compressão do nervo frênico, temos a dispnéa, soluço, nevralgias.

Quando a compressão é do grande simpático, podemos observar o sinal da desigualdade pupilar. Muitas vêzes, o neurinoma se acompanha da clássica síndrome de Claude Bernard-Horner; sudação e vermelhidão da hemiface homolateral; síndrome pseudobasedowiano, com exoftalmia bilateral, taquicardia, tremores, instabilidade do metabolismo basal, como nos casos de Hustin, Renders e outros, cortejo êste que faz desde logo suspeitar, a origem simpática do tumor.

Como vimos na história de nosso paciente, acusava de há 6 dias apenas, sudorese e calafrios.

e) compressão esofagiana, com disfagia.

f) do canal torácico, explicando muitos casos de quilotórax.

Os sinais físicos faltam por completo no início, podendo ser apreciados e evidenciados pelos meios habituais de exploração do tórax, quando volumosos.

Indispensável ao diagnóstico, é o exame aos raios X, que precisa a localização, contôrno, consistência da imagem e suas relações com os pedículos pulmonares e cardíacos e com os vasos da base.

A imagem radiológica do neurinoma ou schwannoma, bem como dos teratomas, é o de uma mancha arredondada ou ovalar, cujo grande eixo acompanha o do corpo, opacidade uniforme e contôrno regular. Como vimos do laudo do radiologista do Serv. Nac. de Câncer e conforme podemos apreciar nas chapas do paciente, esta imagem radiológica se justapõe perfeitamente.

O paciente Francisco L. R., fôra internado na Clínica torácica do Instituto de Câncer, sob nossa chefia, em 5-5-952 com o diagnóstico de "NEURINOMA do MEDIASTINO" superior direito, para toracotomia exploradora.

O tratamento clínico pré-operatório ficou à cargo do internista Luciano Benjamim de Viveiros, que após minucioso estudo clínico, optou por um "Bom Risco" cirúrgico.

Exames laboratoriais pré-operatórios em 7-5-952 pelo Dr. Emanuel Rebello:

Hematologia: tempo de coagulação e sangria, dentro das cifras normais. Eritrocitos: 4.800.000 p/m. Hgb: 95%, 13,77 grs. %o. Valor globular: 46%. Valor glob. médio: 95 m. c. Hgb. glob. média: 28 m. c. Conc. Hgb. Glob. média: 29%.

Hemograma: Leucocitos: 5.000 (baso — 0; eosinof — 3%; mielo — 0; metamielo. — 1 — 60; neutrof. em bastão — 4 — 240, segment. 68 — 4.080; linfocitos 22 — 1.320; monocitos 2 — 120.

Reações sorológicas para lúes, negativas.

Bioquímica: Glicose: 98 mg; urea: 25 mg;

Exame de urina: Dens: 1.023, sem qualquer alteração.

Neste caso não foi praticada a volemia pelo azul de Evans, dado o bom estado geral do paciente e o bom risco cirúrgico.

OPERADO em 14-5-952.

Medicação pré-operatória — Dilaudid-scopolamina às 7 horas da manhã.

Anestesia geral por entubação com protóxido de azoto, oxigênio curare, utilizando-se do aparelho "expiro-pulsator".

Anestesista: Dr. Arlindo Avila auxiliado pelo Dr. Marcos Paiva e int. Maria do Carmo.

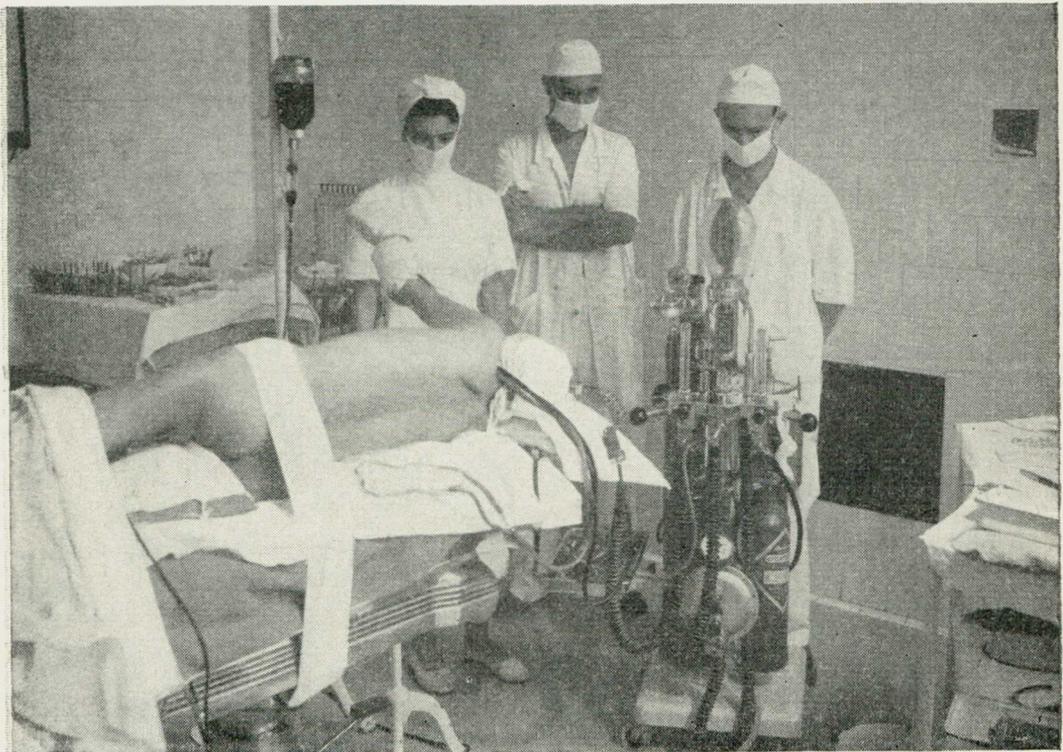
Tempo de anestesia: início: 9 hs.; término: 12,15 hs.

Na sala, foram passados 1.000 cc. de sangue total.

Operador: Dr. E. Penido Burnier.

Auxiliares: Drs. Ronald Nyr Alonso da Costa e Hélio Nogueira de Sá.

Descrição do ato operatório: paciente em decúbito lateral esquerdo, com os membros superiores mantidos para diante e fixados em suportes



Posição de paciente, vendo-se a equipe de anestesia e o aparelho "expiro-pulsator".

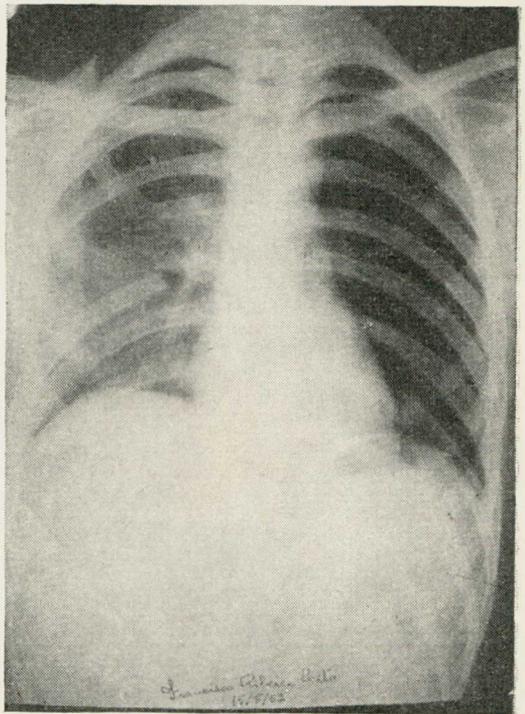
Ao fundo, o equipo de transfusão ligado.

metálicos. Fixação da posição do paciente, com faixa de esparadrapo à altura da espinha ilíaca. Antisepsia do hemitórax direito com "merthiolate". Colocação dos campos. Após tomada de pontos de reparo, praticada incisão cutânea acompanhando o 6º arco costal. Seccionada a musculatura torácica (grande dorsal e grande dentado) e praticada a ressecção da 6ª costela após libertação do perióstio com a rugina de Alexander. Avisado o anestesista, foi aberta a pleura juntamente com o folheto posterior do perióstio. Colapsado parcialmente o pulmão direito, foi praticada a exploração endo-torácica. Pulmão livre, pedículo maleável e livre. Órgãos mediastínicos, palpáveis e livres. Observou-se na parede posterior do tórax a 2 cm. para fora da goteira pré-vertebral, de situação retro-pleral, tumor de cerca de 10 cm de compri-

mento por 6 cm. de largura, formado por duas massas bem definidas, em ampulheta, sendo a menor colocada superiormente em relação à maior, parecendo tratar-se de tumor originário de gânglios simpáticos dorsais direitos. Em correspondência com os arcos costais, o tumor ocupava desde a 6º costela até a 3c, móvel sobre este plano. O pulmão direito, no seu bordo externo, mostrava depressão mais ou menos permanente, por contacto.

Aberta a pleura parietal, foi iniciada a dissecação do tumor de debaixo para cima. Para facilitar a visão e a manipulação sobre o tumor, foi praticada a secção posterior da 7º costela, com o que ampliou-se muito a abertura torácica, facilitando sobretudo a retirada do tumor por dissociação romba com tesoura longa. Hemostasia cuidadosa. Síntese da parede torácica, plano por plano, tendo-

15-5-952: "Costectomia da 6.^a costela direita com costotomia da 7.^o. Boa expansão pulmonar; discreta hipo-ventilação. Ausência de derrame pleural". (a) E. MACHADO NETTO.



se deixado dreno de Pezzer ao nível da linha axilar posterior a altura do 8º espaço intercostal direito. Re-insuflação pulmonar no momento dos últimos pontos pleurais. Curativo protetor.

O paciente deixou a sala de operações em bom estado, tendo sido praticada a oxigenoterapia por cateter nasal por 12 horas apenas. Aspiração contínua por 24 horas através a sonda pleural com o aparelho de Wanghesteen.

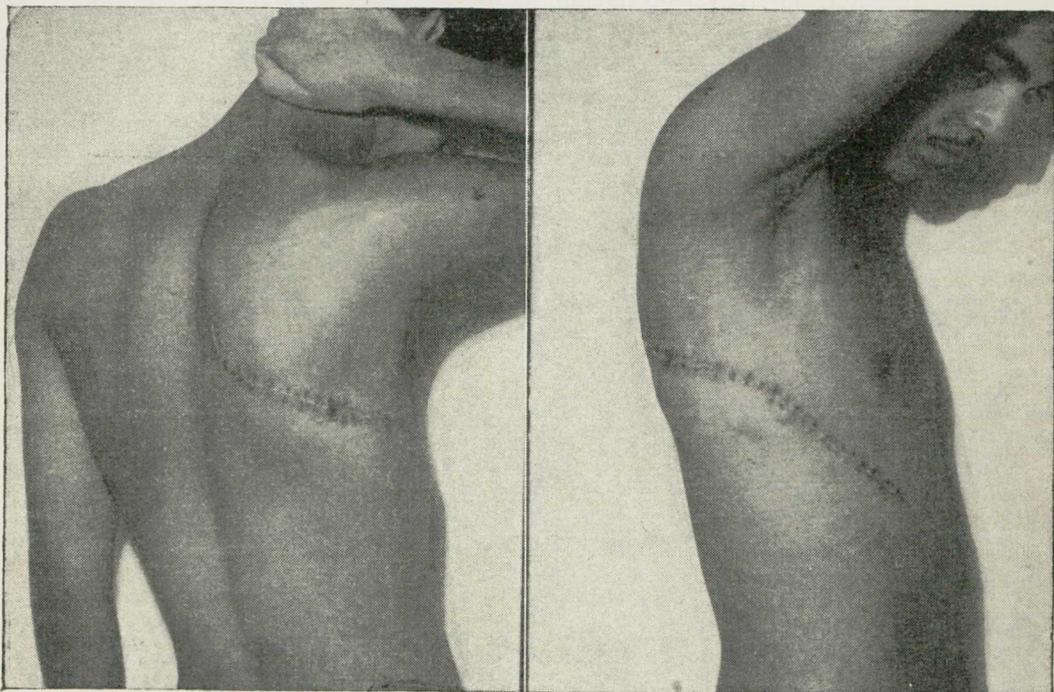
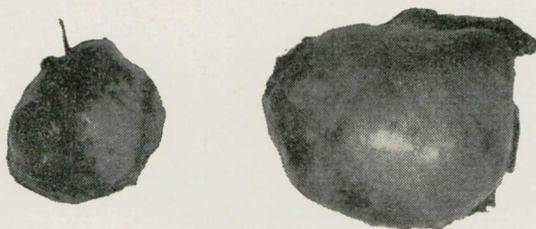


Foto do paciente no dia de sua alta, mostrando a ferida operatória cicatrizada por 1.º intenção.



Peça cirúrgica de Francisco R. L.

Postoperatório: muito bom. Penicilina-streptomina por 7 dias consecutivos. Vit. C e B no sôro, durante os 3 primeiros dias, nas doses respectivamente de 500 e 100 mg. para 2.000 cc da dose diária do sôro glicosado isotônico.

A alimentação oral foi instituída após 24 horas de operado, permanecendo líquida e pastosa até o 3º dia, quando passou a normal.

Levantar com 24 horas, tendo sido praticada nesse mesmo dia radiografia, antes da retirada da drenagem pleural.

ALTA CURADO no dia 25-5-952.

Seqüência: o paciente vem comparando regular e periodicamente ao Serviço, nas épocas pré-estabelecidas, constatando-se até a data a sua perfeita e completa cura.

Diagnóstico histopatológico: "em ambos tumores encontra-se a estrutura do Schwannoma. (a) Francisco Fialho.

Resta-nos algumas considerações sobre os Schwannomas e o seu prognóstico.

SCHWANOMAS ou ganglioneuromas, simpaticoblastomas ou tumores do sistema simpático periférico, podem aparecer em qualquer idade e com caráter benigno ou maligno. Sua localização preferencial é ao longo dos troncos simpáticos principais torácicos, retro-peritoniais, cervicais, podendo também se originarem das fibras viscerais do pulmão; intestinos, estômago e de muitos outros pontos, como da pele.

São tumores firmes e fibrilares, atingindo às vêzes, proporções volu-

mosas quando adultos, aspecto macroscópico que os fazem ser confundidos à primeira vista com os neuro fibromas. Os tumores malignos são menores moles, geralmente únicos, produzindo metástases. Os malignos são encontrados em sua maior freqüência nas proximidades ou intimidade da supra-renal e gânglio celiaco (caso de Weischselbaum, Bruchanow e Ribbert).



Os de localização gástrica e intestinal, geralmente são múltiplos e benignos (Van Gelderen e Askanazy). Soyka tem descrito tumores supra-renais, da superfície do cérebro e do cerebelo, medula espinhal, da calda equina, nervo acústico, plexo braquial e nervo ciático. Loretz e Borst têm feito referência a tumores sub-plenurais, justa vertebrais, tal qual o caso por nós observado e operado. Frost e Wolpaw, publicaram um caso de tu-

mor dêsse tipo no vértice pulmonar. Retro-pleural também foi o caso de Scott e Palmer. Alguns casos de localização cutânea têm sido demonstrados por Soyka, Knauss, Jacobsen, Hosoi, Lit, alguns mesmo em crianças. No caso de Kiedel, havia verdadeira disseminação cutânea em crianças de 5 anos apenas. Os Schwanomas de localização abdominal, são volumosos, provindo dos plexos abdominal e pelviano (Beneke, Miller).

Prognóstico: o schwanoma o mais das vezes apresenta um prognóstico muito favorável. Sômente quando sua

estrutura é muito celular, de típica textura granular, dispostas em camadas e mostram tendência invasora, é que torna sombrio o resultado cirúrgico.

Se acompanha o tumor primitivo, geralmente pequeno, um ou mais gânglios metastáticos, nos quais a estrutura do neurinoma pode ser evidenciada, sua malignidade é então muito grande.

No nosso caso, cujo aspecto histológico lembrava o do neuro-fibroma, o prognóstico é muito favorável, o que vem confirmar a cura clínica de mais de 3 anos.

