

# CASOS CLÍNICOS

## DOIS CASOS DE MIELOMA SOLITÁRIO

MÁRIO KROEFF e FRANCISCO FIALHO



UMA das maiores dificuldades em relação aos tumores ósseos é o modo de encarar a forma única dos mielomas — o *mieloma solitário*. Alguns autores admitem-na como autônoma, enquanto outros, consideram-na apenas, como fase inicial do mieloma múltiplo. Se se considerar a questão rigorosamente, é de fato difícil provar a existência dessa forma de tumor. Todavia, é necessário considerar alguns casos como tal, principalmente quando a evolução a isso autoriza.

O mieloma múltiplo exterioriza-se por síndrome representada por lesões osteolíticas generalizadas, hipercalcemia, hiperproteinemia, anemia, perturbações renais com albumina de Bence-Jones na urina, e às vezes, amiloidose, que pode determinar depósitos de aspecto tumoroso. É evidente que nem todos os casos apresentam esse conjunto sintomático, porém, frequentemente, há associação de dois ou mais deles. A punção da medula óssea para provar ou pesquisar a disseminação do tumor pelo esqueleto é bastante oportuna, se bem, não seja sempre suficiente para dar noção da extensão da doença, não revelando, inclusive, muitas vezes, nada de particular nas formas generalizadas. O fato de não se encontrarem lesões em outros ossos ao exame radiológico não exclui, é bem verdade, a possibilidade da existência de pequenos focos medulares ainda invisíveis aos raios X. Todavia, o controle radiográfico não deixa de ter valor. Alguns autores chegam mesmo a considerar duvidosos os casos em que, a autópsia não revela lesões macroscópicas

ósseas, pois muitas vezes, o exame microscópico de fragmentos do esqueleto mostra pequenos focos da doença. Se se levar o assunto a este extremo torna-se o problema bastante complexo e de solução difícil. É praticamente impossível fazer verificação histológica do esqueleto inte-



Fig. 1 — Grande tumor ulcerado na região supra clavicular, com destruição óssea.

ro. A nosso ver, pelo menos clinicamente, em alguns casos, o mieloma solitário deve ser admitido, levando-se em conta a inexistência de outras lesões ósseas evidenciáveis pelos raios X e dos sintomas que caracterizam a forma generalizada. A observação do paciente deverá ser rigorosa e prolongada. Esse critério é de fato o seguido por alguns autores, os quais consideram mesmo, duas formas de mieloma solitário: a que realmente é única e a que se transforma, decorrido certo tempo, em generalizada.

Do ponto de vista histológico é interessante fazer referências às novas idéias apresentadas por Jaffé e Lichtinsein. Para esses autores há três tipos histológicos de mieloma. No primeiro tipo entram-se quase exclusivamente pequenas células, sem substância intercelular, apre-



Fig. 2 — Mesmo caso da figura anterior mostrando invasão da região supra-espinal.

sentando semelhança com os plasmócitos. O segundo tipo é caracterizado por células maiores, com núcleos volumosos, ora redondos em sua maioria, ora ovóide, ora ainda, reniformes, com citoplasma acidófilo ou, às vezes basófilo e mesmo policromático. Algumas dessas células são semelhantes aos plasmócitos e, em alguns pontos, são observadas células pequenas. O terceiro tipo é representado por tumor intermediário semelhante ao de células pequenas com a presença, porém, de células cujos núcleos são maiores. Esses autores acham que a célula que origina o tumor é representante do retículo da medula e que pode apresentar variações morfológicas, de acordo com o seu grau de maturação. Essa razão faz que não aceitem a classificação antiga dos mielomas, adotada pelos americanos. Pobb Smith, representante da escola inglesa, se bem que mantendo as diversas variedades de tumor admitidas pelo "Colégio de Cirurgiões", considera o mieloma como reticulosarcoma. A imagem radiológica apresentada pelo mieloma solitário ora é a

de grande área de osteólise, ora com aspecto cístico, vacuolado, semelhante, muitas vezes, aos tumores de células gigantes. Esta última variedade torna muito difícil o diagnóstico diferencial entre os dois tipos e, apenas, uma lesão óssea com este aspecto, situada em ponto onde raramente se observou o mieloplaxoma faz com que se considere suspeita de mieloma solitário.

Segundo o que conseguimos apurar existem descritos na literatura médica 63 casos, que somados aos dois, que passaremos a descrever, perfazem 65 observações de mielomas solitários.

*Observação n.º 1. Registro 6.703. — A. F., pardo, brasileiro, 49 anos, pescador. Internado no S. N. C. em 26-5-945.*

*História — Data sua doença de 4 meses. Filia o início da mesma a traumatismo, que sofreu no ombro direito.. Nêsse local, apareceu logo pequena elevação dolorosa que acabou por desaparecer a cabo de 15 dias. Mais tarde, na zona traumatizada apareceram, como que "veias salientes", levando-o a procurar um hospital em Cachoeira, onde nada fizeram porque "não havia pús". Não melhorou; ao contrário, formou-se aí tumefação. Ao fim de três meses internou-se num hospital em Vitória. (24-4-45). Aí retiraram um*



Fig. 3 — Radiografia. Observa-se destruição da clavícula.

fragmento da lesão, que então já era verdadeiro tumor. Dalí foi encaminhado ao Instituto de Pesca, no Rio, donde nos foi remetido. Depois da intervenção sofrida em Vitória, isto é, há um

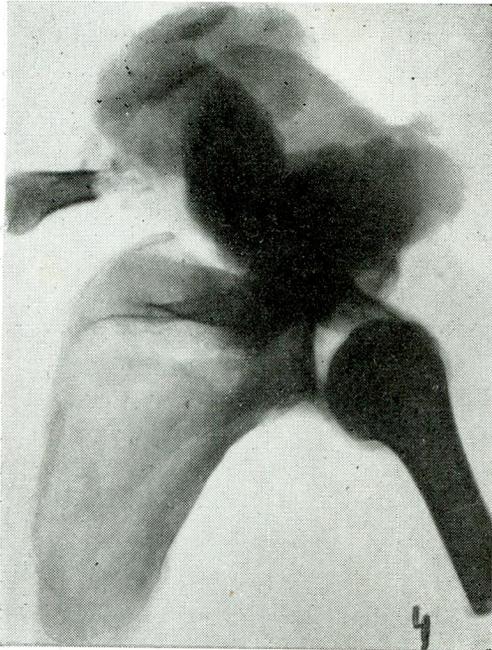


Fig. 4 — Radiografia da peça cirúrgica.

mês o tumor tem crescido rapidamente, minando líquido sanguinolento e fétido. A lesão é dolorosa, mesmo com o membro em repouso.

*Exame local* — Na espádua direita, observa-se volumoso tumor ulcerado, de forma arredondada, medindo 15 cms. de diâmetro. Figuras 1 e 2. O tumor toma grande parte das regiões supra e infra-claviculares, estendendo-se para fora até a cabeça do húmero e para dentro até a extremidade interna da clavícula. Pela apalpação, sente-se que a base do tumor atinge o plano ósseo subjacente, a clavícula. O fundo da ulceração é irregular, vegetante, necrosado mole e sangrante. A pele, que circunscreve a base do tumor, é infiltrada, sendo que no bordo posterior há zona de intensa vascularização. Não se palpam gânglios cervicais, nem axilares.

*Exame radiológico* — “Destrução dos 3/4 externos da clavícula direita a qual apresenta transparência de partes moles. O exame dos outros ossos nada de particular revelou. Ausência de imagem de metástases pulmonares”. E. MACHADO.

*Biópsia* — Mieloma do tipo plasmocitário.

*Exames complementares* — A pesquisa da albumina de Bence Jones na urina foi negativa.

*Tratamento* — Com o diagnóstico de mieloma solitário, sem outras lesões aparentes no esqueleto, foi decidido o tratamento cirúrgico. Não se cogitou de radioterapia, devido o grande volume do tumor e a larga superfície ulcerada e infectada, mesmo porque, não dispunhamos na época de aparelhagem radioterápica.

Amputação inter-escápulo humeral, em 15-6-1945. Operadores: MÁRIO KROEFF, JOÃO B. VIANNA e E. P. BURNIER. Anestesia peridural com solução de GUTIERREZ.

Sobre o 1/3 interno da clavícula direita a certa distância do bordo do tumor praticamos com o bisturi elétrico uma incisão até o osso. Com a rugina descobrimos a extremidade interna da clavícula, abrindo sua articulação com o esterno. A seguir, prolongamos a extremidade interna da incisão para cima, cruzando a região supra-clavicular, em sua porção interna na base do pescoço. Seccionamos, então, a pele e tecido celular sub-cutâneo, sendo necessário coagular numerosos pequenos vasos. Incisamos transversalmente a porção clavicular do músculo esterno-cleido, junto a esse osso. Prosseguindo na secção dos planos musculares (trapésio), descolamos o tumor, com o dedo, ao nível do plexo branquial e vasos sub-clavios. Durante esse tempo operatório, rompeu-se a veia cervical transversa, ao nível de sua comunicação na sub-clavía. Houve imediata aspiração de ar pela abertura do vaso. Enquanto um auxiliar comprimia com uma gaze o campo operatório, levantamos completamente a extremidade

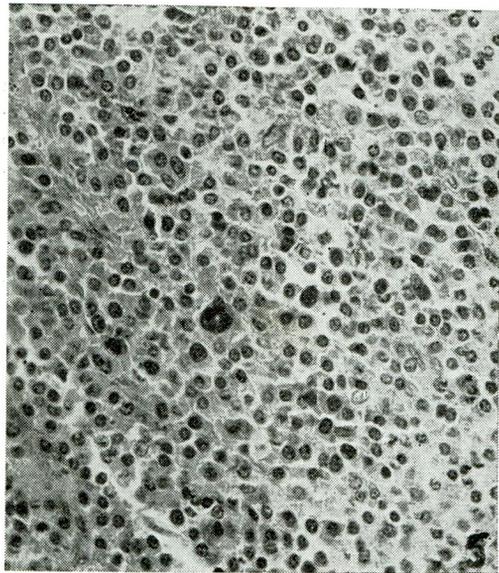


Fig. 5 — Reg. 703 — Mieloma plasmocitário. (Células pequenas de Jaffe e Lichtenstein).

interna da clavícula e seccionamos entre ligaduras a jugular interna. Descobrimos o tronco venoso branquio-cefálico que se apresentava cheio de ar. Isolamos e seccionamos, entre ligaduras, a ar-

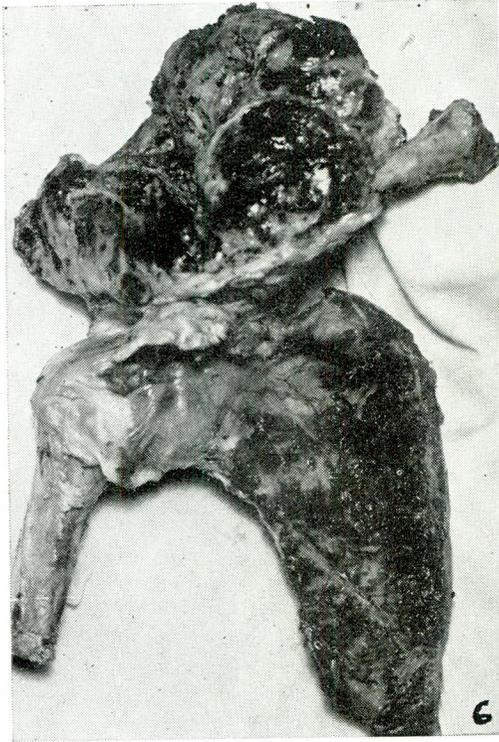


Fig. 6 — Reg. 6.703 — Peça operatória, mostrando livre apenas a extremidade esternal da clavícula.

téria e depois a veia sub-clavia, prolongamos para fora e para baixo a incisão sobre a clavícula, levando-a até a axila e seccionando transversalmente o músculo grande peitoral. Os nervos do plexo foram injetados com novocaina a 2% e seccionados. Vasos de médio calibre que sangravam foram coagulados. A extremidade superior da incisão cutânea na região supra-clavicular foi prolongada para baixo no dorso sobre o omoplata até a ponta do mesmo e depois daí para cima até a axila, para encontrar com a incisão da face peitoral. Com o bisturi elétrico, descolamos os bordos da pele, desinserindo-a do omoplata. Logo depois o omoplata foi liberado do torax, seccionando-se os músculos largos. Retirou-se assim todo membro superior direito. Fig. 3. Sutura da pele com pontos separados de seda n.º 1. Tempo operatório uma hora.

*Nota* — Após a aspiração venosa de ar, o paciente sentiu forte angústia, ficando a seguir dispnéico e depois completamente inconsciente, resul-

tado da embolia gasosa pulmonar. O pulso tornou-se pequeno, arritmico e com 37 batimentos por minuto. As veias periféricas, antes quase que invisíveis, tornaram-se salientes. Extremidades frias. O reflexo óculo-palpebral desapareceu logo após a embolia, voltando cerca de 15 minutos depois. Apesar da medicação feita, inclusive tenda de oxigênio, o paciente continuou inconsciente, falecendo no dia seguinte às 16 horas. (16-6 1945). O exame da peça cirúrgica revelou: mieloma plasmocitário com adenopatias metastáticas.

*Comentários* — O interesse deste caso está na *clínica*, na *patologia* e no *acidente operatório*.

Clinicamente, parece tratar-se de mieloma solitário, localização clavicular, ligado seu início a traumatismo. É provável que o trauma fosse sentido, porque já havia lesão em latência e que em espádua normal passaria tal pancada talvez despercebida.

O acidente provocado pela embolia gasosa pulmonar é fato comum em cirurgia do pescoço. Este caso foi fatal, não só pela quantidade de ar aspirado por grosso vaso lesado, como pelo estado de choque operatório em que já se achava o doente. Temos tido no S. N. C. alguns casos de verdadeiras síncofes, provocadas



Fig. 7 — Reg. 8.737 — Volumoso tumor da fossa ilíaca esquerda, preso aos planos ósseos. Nota-se cicatriz operatória.



por aspiração brusca de ar, quando lesadas veias calibrosas do pescoço. Todos com parada momentânea da respiração, queda do pulso que bate lentamente, como no caso presente. Fatais houve apenas 3 casos em algumas centenas de operações no pescoço.

São dignos de nota neste caso a invasão dos tecidos moles, o que dificultou o diagnóstico clínico. Este último fato é

*Exame local* — Tumor situado na crista ilíaca esquerda, junto à espinha ilíaca anterior e superior, com as dimensões de cabeça de fêto a termo, recoberto por pele íntegra.

*Exame radiológico* — “Tumor de aza do ilíaco com aspecto grosseiramente policístico, com lojas de tamanho e formas variadas. E. MACHADO.

*Biópsia* — Mieloma, predominantemente plasmocitário. E. FIALHO. Foi feita a punção da medula óssea e até mesmo incluído o material obtido, no entanto, não se observaram células do tipo plasmocitário.

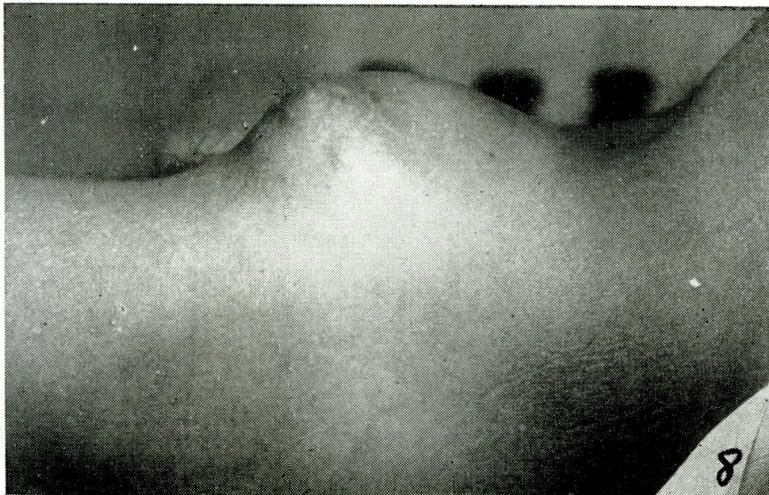


Fig. 8 — Reg. 8.737 — Mesmo caso, visto de perfil. (Crista ilíaca).

muito discutido e mesmo negado por muitos autores, porém, aqui existia sem dúvida. Infelizmente não foi possível a realização da autópsia.

Radiologicamente havia lesão osteolítica bastante extensa.

*Observação n.º 2. Registo n.º 8.737 — J. F. M., branco, 52 anos, operário. Internado no S. N. C. em 17-12-1946.*

*História* — Há 2 anos e meio observou aparecimento de tumor pouco doloroso, logo acima da região inguinal esquerda. As dores irradiaram-se para a bolsa escrotal, região lombar esquerda e sacra. O tumor aumentou gradativamente a ponto de ser obrigado a internar-se em hospital. Aí foi operado, isso 4 meses após os sintomas iniciais. Dois meses após a intervenção, reapareceu o tumor, que começou a crescer lenta e progressivamente. Decorridos dois anos, procurou o nosso Serviço.

Em 1-10-1947:

Hematimetria .....	4.680.000
Hemoglobinometria .....	94%
Hemoglobina em grs. ....	15,04%
Leucócitos .....	7.000
Basófilos .....	0,0%
Eosinófilos .....	15,0%
Neutrófilos {	
Núcleo segmentado ....	45,0%
Núcleo em bastão .....	5,0
Metamielócitos .....	3,0%
Mielócitos .....	2,0%
Linfócitos .....	17,0%
Monócitos .....	9,0%

*Urina* — pesquisa da albumina de Bence Jones, negativa.

*Radiografias* — 1-10-1947 — Ausência de alteração apreciável, em comparação com o exame anterior. 1-7-1947 — Mesmo aspecto. Ausência de alteração apreciável, a não ser talvez, ligeiro aumento (aos raios X) da massa tumerosa.

19-12-1947 — Tórax: Arcabouço torácico e campos pleuro-pulmonares de aspecto normal. Bacia: O osso íliaco esquerdo se apresenta aumentado de volume à custa de uma formação exuberante de sua metade anterior, parecendo ter tido origem na porção anterior da crista. Essa formação tem aspecto radiológico grosseiramente policístico, contendo lojas de tamanho e formas diversas. Ausência de reação perióstica ossificante. A imagem radiológica lembra a de condroma.

Crânio, face, coluna vertebral, sem alteração digna de registro. A radioscopia do esqueleto não revelou sombra anormal.

para serem então melhor apreciados os resultados roentgenterápicos, não só em possíveis reduções tumorosas, como nas imagens radiológicas.

Em 20-10-1947 — O doente foi re-internado, já com novas chapas radiográficas. Passou pela *mesa-redonda* para ser decidida a indicação terapêutica, ante a prova de resistência da lesão ao tratamento pelos raios X. O tumor, se não diminuiu, também não aumentou: opinião geral. Os limites radiológicos conservaram-se praticamente os mesmos, a cabo de 7 meses. A estrutura densa, mais osteogênica, mais calcificada, mos-

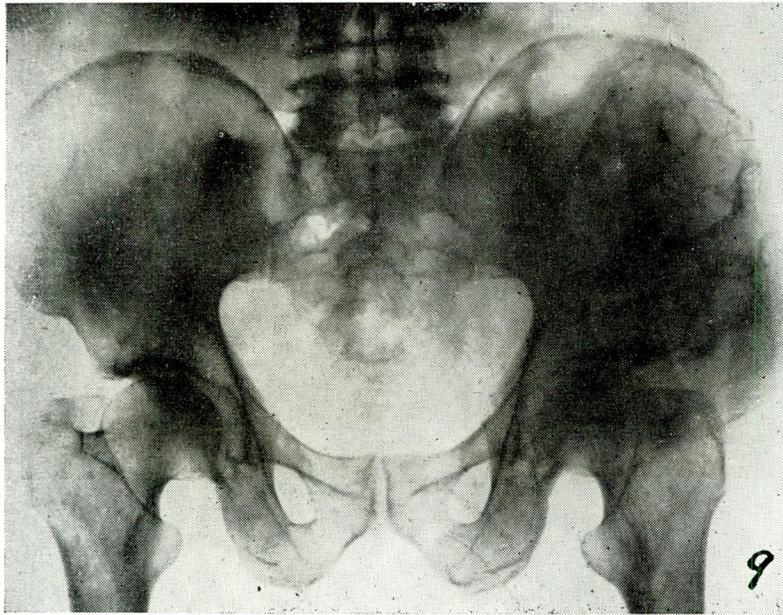


Fig. 9 — Aspecto radiológico da lesão

*Tratamento* — Como se tratava de mieloma e no caso de aparência único, foi indicada a radioterapia antes de qualquer cogitação cirúrgica, principalmente para se poder verificar a radiosensibilidade da lesão. Como qualquer tentativa cirúrgica seria sempre de proporções mutilantes, êsse ensaio prévio foi julgado obrigatório. Foram feitos 5.000 r. (no ar) por duas partes, distância de 50 cms., em filtro de cobre e alumínio 1,0 — terminado em 2-3-1947. Em 21-7-1947 começou nova série de aplicações, tendo sido feitos 3.645 r. Houve o aparecimento de placa de radiodermite, estando o paciente em observação, porém em estado geral precário. Ao fim do tratamento não se notou redução apreciável do tumor. Foi dada alta ao doente, aguardando-se o prazo de 40 dias

trando certa reação das partes ósseas, em confronto com as anteriores. O estado geral manteve-se sem alterações. O indivíduo sempre em regulares condições físicas, sem emagrecimento nem anemia. Localmente, certo grau de radio-dermite, com pequenas placas de mortificação na zona culminante do tumor, região inguinal. Foi levantada a idéia de pelvectomia parcial com ressecção de parte da aza do íliaco, correspondente à porção afetada, deixando-se livre, estreita faixa óssea, bastante para guardar o arco do estreito superior. Sugeriu-se também a hemipelvectomia, aqui dificultada pelas condições de desvitalidade da pele do hipogástrio. A *mesa-redonda*, por maioria, decidiu pela abstenção cirúrgica, dado o aspecto de

estacionamento da lesão depois do tratamento pelos raios X e dado o bom estado geral do doente que não demonstrava sinais de debilidade. Eis o que ficou registado na sessão do dia 1 de novembro de 1947: — “Visto o doente pela *mesa-redonda* ficou decidido:

1.<sup>o</sup>) — não fazer a inter-iliaco-abdominal, porque a ulceração radio-necrótica atinge grande porção da parede abdominal; 2.<sup>o</sup>) apesar de ter o diagnóstico histológico sido o de mieloma, não parece clinicamente, pois até hoje não houve qualquer outra localização óssea. Não parece, tam-

3-11-1947 — Re-examinado pela “Mesa-Redonda”, ficou resolvido manter o doente sob vigilância.

27-11-1947 — O Serviço foi informado que a placa de rádiodermite está maior e mais dolorosa.

O doente acha-se, assim, em vigilância, esperando oportunidade para sofrer possível pelvectomia parcial ou semi-total.

Êste caso apresentava evolução clínica mais longa que a do outro, tendo sido praticada punção esternal, que nada de particular revelou. O esqueleto também não apresentava alterações ao

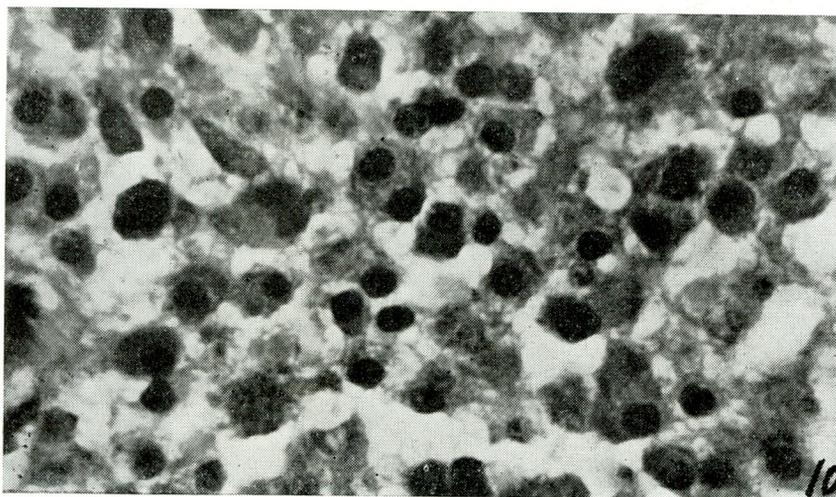


Fig. 10 — Microfotografia do tumor. Mieloma do tipo plasmocitário

bém, mieloma pois não respondeu ao *test* radioterápico, e ainda, porque a imagem radiológica lembra o mieloplaxoma, hipótese levantada pelo radiologista (E. MACHADO); ainda porque o tumor está estacionário e o estado geral é perfeitamente bom.

Foi sugerida também a ressecção parcial do tumor com ressecção óssea da aza do ilíaco, o que não foi aceito, porquanto o polo inferior do tumor assenta sobre o plexo vâsculo-nervoso inguinal, e a invasão óssea vai junto ao acetábulo. E ainda porque admitida a hipótese de mieloplaxoma, com a dose radioterápica que recebeu, já deve ter sua evolução debelada. Como 3.<sup>a</sup> conduta foi lembrada a exérese de tôda porção cutânea de rádio-necrose, com enxertia consecutiva até poder aguardar melhores condições locais de operabilidade, o que não foi aceito.

exame radiológico. Não foi encontrada albumina de Bence Jones. Trata-se, portanto, de mieloma solitário, segundo o critério que defendemos no início do trabalho.

#### Sumário

Os autores, após discutir o conceito atual do mieloma solitário, admitem sua existência. Descrevem duas observações dêste tipo de tumor, que somadas às 63 outras citadas na literatura médica, elevam êste número a 65. Ambos os tumores eram constituídos por células semelhantes aos plasmócitos, recapitulando assim o

tipo chamado plasmocitário. Em o primeiro dos casos é interessante referir o extenso comprometimento dos tecidos moles e as adenopatias metastáticas.

#### RESUME

After discussing the present belief regarding solitary myeloma the authors admit it's existence, at least as to a clinical point of view for one should not carry to far the possibility of the existence of small focuses of the disease wich could be discovered by microscopic examination of bone fragments throughout the body.

Solitary myeloma should be admitted considering the growth of the tumor, the non existence of other bone lesions

acknowledged by X rays and absence of symptoms peculiar to multiple myeloma.

After considering certain facts as to the histological point of view, the authors end up reporting two cases of solitary myeloma at the National Cancer Service. This brings to 65 the total number of cases so far registered in medical literature.

#### Bibliografia

Cutler, M. Buschke, F. Cantril, S. T. — *The course of single myeloma of bone* — 62:918, junho 1936. Gootrick, S. T. — *Solitary myeloma* — *Review of Sixty — one case* — *Radiology* 45:385, outubro 1945 — Hellner, — *Die Knochengeschwüste — julius springer* — 1938. Sabrazis, J. — *Jeamehey, G. — Mathey. Cornat, R. — Les tumeurs des os. Masson edit. 1932. Lichtenstein, L. e Jaffe, H. — multiple myeloma — Arch. path. 44:207. Snapper, I — Maladies osseuses — Masson edit. 1938.*

*A nosologia do câncer não se resolve com os simples quadros clínicos descritos nos livros clássicos: essa erudição insuficiente é a principal causa dos diagnósticos errôneos ou das decisões terapêuticas inoportunas (HUGUENIN).*

*A diatermo coagulação é habitualmente o tratamento de escolha do câncer das radiodermites. (Serviço Nacional de Câncer).*

*O uso indiscriminado dos hormônios para o tratamento do câncer, põe em perigo os pacientes. Atualmente o método está ainda no domínio puramente experimental. A testosterona por exemplo, pode melhorar certos casos de câncer da mama e fazer outros piorarem. Enquanto não se souberem maiores detalhes sobre o assunto, não se devem empregar os esteróis para tratamento do câncer da mama. (Serviço Nacional de Câncer).*