

V Ex. B

Revista Brasileira de Cancerologia

ISSN 0034-7116

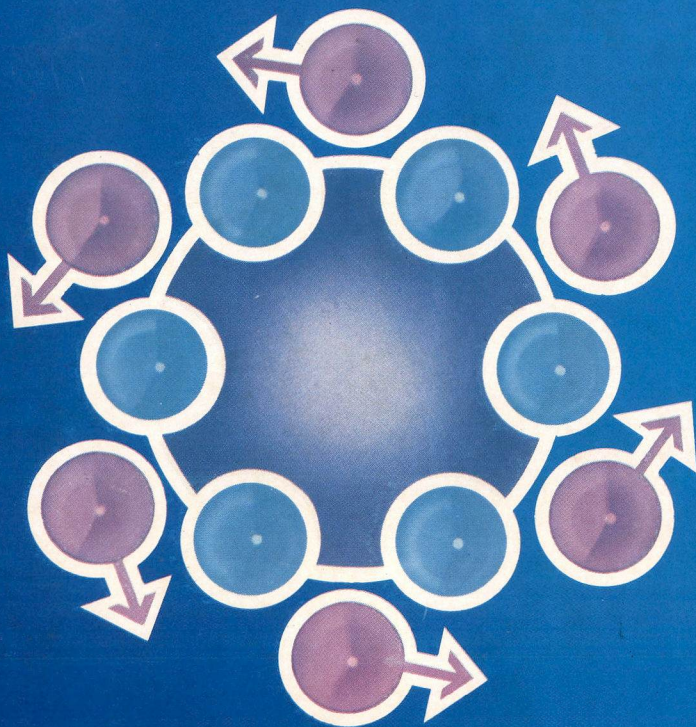
VOL. 34
Nº 1
MARÇO
1988



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Publicação da Campanha Nacional de Combate ao Câncer e da Sociedade Brasileira de Cancerologia
Órgão Oficial da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica

NOVO



Eulexin

(Flutamida)

Para o Tratamento
Paliativo do Câncer
de Próstata

O PRIMEIRO COMPOSTO NÃO ESTERÓIDE COM ATIVIDADE DE BLOQUEIO ANDROGÊNICO COMPLETO.

'EULEXIN' neutraliza a atividade dos androgênios supra-renais, os quais colaboram com 40-50% do total da atividade androgênica no tecido neoplásico e que continuam a estimular o câncer após a castração Medicamentosa ou Cirúrgica.

CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS:

- Não tem Ação Androgênica
- Não tem Ação Estrogênica
- Não tem Ação sobre a Glândula Supra-renal
- Não tem Ação Progestínica
- Não interfere na Libido nem na Fertilidade
- Não provoca Inibição Gonadotrófica



APRESENTAÇÃO: Caixa contendo 20 comprimidos de 250mg.

POSOLOGIA: Um comprimido 3 vezes ao dia.

Para maiores informações consulte a Diretoria Médica da Schering pelo Telefone: (021) 342-7000.

Schering

Revista Brasileira de Cancerologia



VOL. 34

Nº 1

MARÇO 1988

ÍNDICE

- 3 Editorial *Jorge Wanderley*
- 5 Tumor Primário Desconhecido. Análise de 23 Casos *Maria Inez Pordeus Gadelha, Aron Minian, Regina Coeli Aiex dos Santos e Silva*
- 11 Segundo Tumor em Pacientes Portadores de Retinoblastoma *Luiz Fernando Lopes, Célia B. Gianotti Antoneli, Flávio Augusto Luisi, Alois Bianchi*
- 15 Forma Rbdomiomatosa do Tumor de Wilms. Relato de um Caso com Envolvimento Bilateral *Achiléa Lisboa Bittencourt, Núbia Mendonça, José Bahia Sapucaia, José Luiz Brandão de Oliveira*
- 19 Espectro de Atividade NK em um Pequeno Grupo Populacional Brasileiro *Lucia de La Rocque, Mariano Zalis, João Goulart, Vivian M. Rumjanek*
- 27 Gastos Não Médicos de Pacientes com Câncer *Edmundo Carvalho Mauad, Gerson Mucillo, Miguel A. Gonçalves, José Elias A. Miziara, Domingos Boldrini, Paulo Prata*
- 31 Resumos das Conferências do XI Congresso Brasileiro de Cancerologia — 1.ª Parte

REVISTA BRASILEIRA DE
CANCEROLOGIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro: Luiz Carlos Borges da
Silveira

CAMPANHA NACIONAL DE
COMBATE AO CÂNCER

Superintendente: Geniberto de
Paiva Campos

EDITOR CHEFE:

Jorge Wanderley

EDITORES ASSOCIADOS:

Celso Werneck Ribeiro
Josélio Martins Franco
Milton Rabinowits
Roberto Alfonso Arcuri
Ernani Saltz

COMISSÃO DE PUBLICAÇÃO:

Alfredo Daura Jorge
(Florianópolis, SC)
Antonio Geraldo Nascimento
(Rio de Janeiro, RJ)
Emilio Mitidieri
(Rio de Janeiro, RJ)
Haroldo Godim Juçaba
(Fortaleza, CE)
Hiram Silveira Lucas
(Rio de Janeiro, RJ)
Jacob Kligerman
(Rio de Janeiro, RJ)
José Aristodemo Pinotti
(Campinas, SP)
José Baptista da Silva Neto
(São Paulo, SP)
Juvenal Antunes de Oliveira Filho
(Campinas, SP)
Miguel Srougi
(São Paulo, SP)
Sergio Edgar Allan
(Rio de Janeiro, RJ)
Sergio Luiz Faria
(Campinas, SP)
Sergio Petrilli
(São Paulo, SP)
Walter Roriz de Carvalho
(Rio de Janeiro, RJ)

JORNALISTA RESPONSÁVEL:

Lêda Di Martino

SECRETÁRIA:

Rosylene Moreira Lima de
Assunção

SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CANCEROLOGIA

Presidente: Luiz Carlos Calmon
Teixeira — BA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE
ONCOLOGIA CLÍNICA

Presidente: Adalberto Broecker
Neto — RS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Presidente: Núbia Mendonça — BA

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

© 1988 Campanha Nacional de Combate ao Câncer, Rio de Janeiro, Brasil.

A Revista Brasileira de Cancerologia (ISS 0034-7116) é uma publicação da Campanha Nacional de Combate ao Câncer e da Sociedade Brasileira de Cancerologia. É editado um volume anual dividido em quatro números. Impresso no Brasil.

Todos os direitos de cópia (Copyright) reservados © 1988.
Campanha Nacional de Combate ao Câncer, Rio de Janeiro, Brasil.

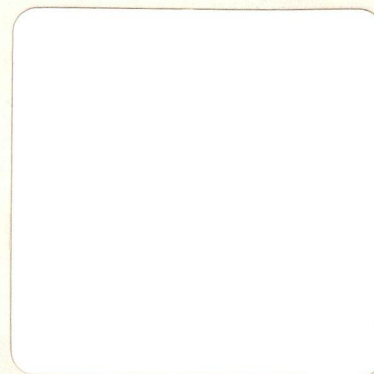
Endereço editorial: Revista Brasileira de Cancerologia
Praça Cruz Vermelha, 23, sala 320
20230 — Rio de Janeiro — RJ
Brasil

Informações sobre o direito de cópia (Copyright). É condição para efeitos da publicação que os manuscritos enviados a esta Revista sejam inéditos e destinados exclusivamente a ela. Ao enviar o manuscrito, os autores concordam em que os direitos de cópia sejam transferidos ao editor desde que aceito para publicação. Os direitos de cópia (Copyright) incluem os direitos exclusivos para reproduzir e distribuir o artigo, incluindo separata, reproduções fotográficas, microfilmagem ou qualquer outra reprodução de natureza similar. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida, arquivada em sistema recuperável ou de transmissão em qualquer forma outra sem permissão por escrito do possuidor dos direitos de cópia (Copyright).

Outras revistas científicas e as publicações de sumários podem reproduzir os resumos dos artigos publicados sem autorização prévia.

Os autores são os responsáveis exclusivos pelas opiniões expressas nos trabalhos assinados. A menção de companhias ou empresas específicas ou de certos produtos manufaturados não implica em que eles sejam recomendados ou endossados pela Campanha Nacional de Combate ao Câncer nem pela Sociedade Brasileira de Cancerologia.

A Revista Brasileira de Cancerologia (Rev. Bras. Cancerol.) está indexada no Index Médico Latino-Americano — ISSN — 0034-7116



EDITORIAL

O presente número da Revista Brasileira de Cancerologia associa a presença de artigos originais com os resumos do XI Congresso Brasileiro de Cancerologia, realizado em Florianópolis em novembro de 1987. São os resumos dos trabalhos científicos da área médica, ficando os resumos dos demais segmentos do pessoal de Saúde em Cancerologia para publicação no número de junho de 1988. Com isto visa a editoria da Revista Brasileira de Cancerologia ampliar a divulgação do que se produz em Congressos, Simpósios, Conferências, de modo a que não somente o cancerologista mas também o médico não-especialista tenha fácil acesso à informação basal referente à especialidade. O espectro das informações se continua pela publicação de trabalhos originais que se estendem desde a pesquisa básica (La Rocque e cols.), à atividade clínica (Gadelha e cols., Lopes e cols., Bittencourt e cols.) e à investigação de aspectos sociais como os gastos não-médicos no tratamento do câncer em nosso meio (Mauad e cols.).

Tal como já aconteceu anteriormente, a combinação neste número de temas de natureza diversa com os resultados de trabalhos realizados em Congressos e Reuniões várias, pretende oferecer ao leitor uma alternativa editorial que tem em mira a realidade cultural de nosso país. Não transcorre com facilidade entre nós a publicação de textos científicos tal como se vê em outros centros, em outras culturas. Será talvez uma marca específica de países em estágio de desenvolvimento como o nosso privilégio de certa *oralidade* e certa *auralidade* que levam vantagem numérica notável sobre a produção escrita. Somos uma cultura específica e com marcas identificadoras tais — e de tal modo vinculados a uma realidade dura — que em nosso caso talvez caiba dar atenção diversa a essas *auralidade* e *oralidade* sempre tidas como manifestações inferiores da cultura em relação ao texto, ao artigo publicado. Cabe talvez capitalizá-las no que têm de capitalizável no nível da informação. O problema a surgir seria então o do rigor científico que não pode ser posto em questão e será sempre da ordem da prioridade máxima. É talvez no encontro dessas duas vertentes — o rigor que a *publicação* impõe e a *propensão oral* — *aural* de nossa cultura — que devemos concentrar esforços.

Jorge Wanderley
Editor-Chefe

INFORMAÇÕES AOS COLABORADORES

A Revista Brasileira de Cancerologia tem por finalidade publicar artigos originais que contribuam para o conhecimento sobre o câncer e ciências afins. Publica também artigos para as seções de Atualização, de Revisão e de Notas e Informações. Aceitam-se também matérias encaminhadas como Cartas ao Editor.

Os textos devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Cancerologia, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. A publicação dos trabalhos dependerá da observância das normas da Revista e da decisão do corpo Editorial. Os manuscritos não aceitos serão devolvidos. Os trabalhos aceitos e publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial em outros periódicos, como a tradução para outro idioma, sem a autorização da Comissão de Publicações.

Os trabalhos aceitos para publicação poderão sofrer pequenas modificações redatoriais no seu texto, para adequação do estilo editorial da Revista. No caso do trabalho incluir informações previamente publicadas (tabelas, figuras, etc.) é da responsabilidade do autor fornecer comprovante de autorização de reprodução, assinado pelos responsáveis pelo *copyright*.

Os trabalhos devem ser endereçados em duas vias (um original e uma cópia) para:

EDITOR
REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA
INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER
PRAÇA CRUZ VERMELHA, 23 – sala 320
20230 – RIO DE JANEIRO – RJ – BRASIL

Devem ser escritos em língua portuguesa, em inglês ou espanhol. Devem limitar-se a 15 páginas datilografadas em uma só face, com máquina de tipo "standard", com espaço duplo, em folha de papel tamanho ofício, mantendo margens laterais de 3cm. Na página de rosto devem constar o título, nome(s) do(s) autor(es), qualificação profissional e docente de cada um, o local de realização do trabalho e seu endereço. Se o trabalho tiver sido apresentado em reunião científica, isto deve ser indicado no rodapé da página; se for subvencionado, indicar o patrocinador e o número do processo.

Cada componente do trabalho deve ser iniciado numa nova página, na seguinte seqüência:

- . Página de Rosto
- . Sumário com Unitermos
- . Texto
- . Agradecimentos
- . Referências Bibliográficas
- . Tabela – Cada tabela completa com título e legenda numa folha separada
- . Legendas para figuras

Cada página deverá incluir um cabeçalho com título em forma reduzida de não mais de 40 caracteres (incluindo letras e espaços) e o sobrenome do autor responsável.

Numerar as páginas consecutivamente começando pela página de rosto.

RESUMOS – Devem ser apresentados dois resumos, um em português e o outro em inglês, no máximo com 300 palavras. Unitermos devem acompanhar os resumos, até o máximo de 10.

TEXTO – O texto dos artigos originais deverá ser, se possível, dividido nas seguintes seções: Introdução, Material e Métodos, Resultados e Discussão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS – Devem ser apresentadas de acordo com os exemplos abaixo:

– *Artigos de Revista* (listar todos os autores quando sejam seis ou menos; se forem sete ou mais, listar somente os três primeiros e acrescentar *et al.*).

Ex.: Kroeft M. Câncer e Gravidez. Sarcoma da parede abdominal com várias recidivas ligadas a gestações. Rev. Bras. Cancerol. 1947; 1: 31-41.

Hersh EM, Mavligit GM, Gutterman JU. Immunodeficiency in cancer and the importance of immune evaluation of the cancer patient. Med. Clin. North Am. 1976; 60: 623-639.

– *Livros*

Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response. 5th ed. New York: Harper and Row, 1974: 406.

– *Capítulo de livro*

Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, eds. Pathologic physiology: mechanisms of disease. Philadelphia: WB Saunders, 1974: 457-72.

Numerar as referências consecutivamente na ordem nas quais elas são citadas no texto. Use o estilo dos exemplos acima. Os títulos dos jornais deverão ser abreviados de acordo com o estilo utilizado no Index Medicus. A exatidão das referências bibliográficas é da responsabilidade dos autores.

Comunicações pessoais, trabalhos em andamento e inéditos não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas, mas citados em nota de rodapé.

TABELAS – Deverão ser datilografadas em espaço duplo e em folhas separadas. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos seguidas de um título específico. As informações contidas devem ser suficientemente claras e devem complementar, e não duplicar, o texto.

FIGURAS – Devem ser remetidos os originais e não fotocópias. As fotografias devem ser em preto e branco e em papel brilhante, de pelo menos, 12 x 9cm suficientemente claras para permitir uma boa reprodução. Os desenhos devem ser feitos a nanquim preto e as letras traçadas por normógrafo. As legendas para as figuras deverão ser datilografadas em espaço duplo em folhas separadas.

SEPARATA – De cada trabalho são tiradas 15 separatas, entregues ao autor responsável.

A RBC segue as orientações elaboradas pelo International Committee of Medical Journal Editors e publicadas sob o nome Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (Annals of Internal Medicine 1982; 96 (part. 1): 766-771) e sugere aos autores sua consulta em caso de dúvida.

VIII Congresso Brasileiro de Mastologia

O VIII Congresso Brasileiro de Mastologia será realizado em Guarapari, Espírito Santo, no período de 06 a 10 de março de 1989

O evento contará com a participação de profissionais brasileiros e estrangeiros que abordarão a evolução da mastologia no cenário médico.

O programa básico do Congresso focalizará, entre outros, os seguintes temas:

Programa básico:

- Propedêutica mamária. Evolução
- Atualização em patologia benigna da mama
- Biologia tumoral
- Lesões precursoras do câncer da mama
- Programas de detecção em massa de patologia mamária
- Patologia maligna da mama
- Terapêutica: progressos, resultados e complicações
- Fatores psicossociais das patologias mamárias
- Reabilitação em Mastologia
- A mama masculina
- Cirurgia plástica na mama
- Enfermagem em Mastologia
- Medicina alternativa em Mastologia
- Audiovisual em Mastologia
- Informática em Mastologia

Estão programados Cursos paralelos, com inscrições limitadas a 100 participantes em cada curso, sobre: Doenças Benignas da Mama, Cirurgia em Mastologia e Atualização em Quimioterapia Antineoplásica no Câncer da Mama.

Durante o Congresso será conferido o prêmio JORGE DE MARSILLAC para o melhor Tema Livre, com diploma e 100 OTNs, oferecido pelo Laboratório Sandoz. Os Temas Livres poderão ser apresentados em forma de "posters", "slides" ou videofilmes.

Dos convidados estrangeiros já confirmaram presença os seguintes professores:

Umberto Veronesi, A. Angeli e L. Dogliotti (Itália); Gabriel Hortobagyi e Joseph Allegra (USA); Leonardo McLean (Argentina); Raul Risso e Maté Bun (Uruguai); Ruy Clark (Canadá) e Paul Preece (Grã-Bretanha).

Haverá concurso para o título de especialista em Mastologia, a ser realizado no dia 06 de março de 1989, às 14:00 horas, no auditório do Hotel Coronado, em Guarapari. O regulamento deste concurso pode ser obtido nas regionais da Sociedade Brasileira de Mastologia.

Maiores informações e inscrições deverão ser obtidas através do Congress Ltda. — Av. Francisco Sales, 555/1.º andar — Floresta — 30150 — Belo Horizonte, MG. Tel: (031) 273-1121 e 273-1128.

Agradecimento

Agradecemos a Valéria Pacheco, bibliotecária do Instituto Nacional de Câncer, pela elaboração do índice publicado na Revista Brasileira de Cancerologia Vol. 33 n.º 4 dezembro/1987.

A Editoria

Tumor Primário Desconhecido. Análise de 23 Casos

MARIA INEZ PORDEUS GADELHA^{1,3}, ARON MINIAN², REGINA COELI AIEX DOS SANTOS E SILVA¹

Hospital Naval Marcílio Dias — Rio de Janeiro, RJ

Resumo

O tumor primário desconhecido (TPD) tem sido avaliado em estudos retrospectivos nas últimas décadas, com melhor definição da sua história natural e abordagem terapêutica. É consenso na literatura especializada que a avaliação semiológica desta patologia seja abreviada por um trabalho conjunto e organizado, visando à economia de tempo e dinheiro, ao bem-estar do paciente e à pronta instalação do tratamento, se indicado. Dos 23 casos levantados no Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), no período de 22.12.80 a 10.10.84, o adenocarcinoma foi o histopatológico dominante e os homens foram mais acometidos que as mulheres numa proporção de 1,3:1. A idade variou de 16 a 75 anos (média = 54,1 anos), sendo que 65,2% dos pacientes tinham mais de 50 anos. A apresentação inicial da doença se fez mais em linfonodos periféricos, ossos, mediastino e por derrames serosos. O tumor primário ficou definido em 12 casos (52%) e a necrópsia, realizada em 5 casos, definiu o tumor primário em todos eles. Pulmão, próstata e pele (melanoma) representaram o local do tumor primário em 50% dos casos definidos. Não se teve o objetivo de analisar a sobrevida destes pacientes, pois 10 dos 23 casos ocorreram no ano do levantamento. A terapêutica, quando efetuada, foi diversificada e sempre com finalidade paliativa.

Unitermos: câncer primário desconhecido; câncer metastático de origem desconhecida; câncer metastático de local primário desconhecido; câncer com primário desconhecido; metástases de origem desconhecida; tumor de origem desconhecida

Introdução

Define-se como TPD o tumor maligno comprovado histopatologicamente a partir de uma metástase, cujo local primário permanece indeterminado à anamnese, exame físico (inclusive ginecológico, proctológico e otorrinolaringológico), radiografia do tórax, análise sumária da urina, hemograma e pesquisa de sangue oculto nas fezes¹⁻³. O tumor primário não é diagnosticado seja por não mostrar tamanho suficiente para detecção pelos atuais métodos semióticos, localizar-se em órgãos de difícil avaliação, ter sido removido por excisão, fulguração, necrose ou dilatação e curetagem, ter regredido espontaneamente ou seja por pesquisa insuficiente do material de necrópsia²⁻⁵.

É uma patologia agressiva; de comportamento inesperado; já diagnosticada como doença avançada, visto que a primeira lesão que se manifesta é metastática; e de abordagem terapêutica multidisciplinar. A pesquisa do tumor primário deve ser abreviada por um trabalho conjunto e organizado, visando à economia de tempo e dinheiro, ao bem-estar do paciente e à imediata

indicação terapêutica, quando é o caso. Os exames complementares, portanto, devem ser solicitados com objetividade, já que o número de falso-positivo e falso-negativo é considerável^{1,3,6,7} e o tumor primário permanece oculto mesmo à necrópsia, em cerca de 25% dos casos^{2,3,5,7}.

Toda sistematização na avaliação do tumor primário orienta-se no sentido de determinar a indicação do tratamento, com benefícios previsíveis, como nos casos de linfonodos periféricos metastáticos, em que o tratamento cirúrgico e/ou radioterápico é de grande valia^{2,4,8,9}; de tumores da mama e da próstata, que se beneficiam com a hormonioterapia; e das respostas dramáticas observadas com a quimioterapia, nos tumores germinativos^{1-3,10}.

A incidência de TPD é variável. Nas séries relatadas, os percentuais oscilam de 0,5 a 15% dos tumores sólidos^{1,2,5,6,10}. Holmes e Fouts⁵ alertam que o progresso dos meios complementares de diagnóstico não alterou significativamente a proporção de TPD, cuja frequência, a partir de 1950, tem sido muito variável. O levantamento da Campanha Nacional de Combate ao

¹ Médica Oncologista do Hospital Naval Marcílio Dias — RJ. ² Chefe do Serviço de Clínica Médica. Trabalho apresentado na IV Jornada Médica do Hospital Naval Marcílio Dias, Rio de Janeiro, em 1984, e laureado com o 1º lugar. Agradecimentos: a Yvelise de Castro Guimarães, Rosa Maria Lopes Tavares e Maria Teresa de Jesus da Silva, pela colaboração prestada. Endereço para correspondência: ³ Rua César Zama, 185 — Rio de Janeiro, RJ. CEP 20721.

Câncer¹¹ mostrou 22.620 (6,1%) casos de TPD em 369.767 casos de neoplasias malignas diagnosticadas de 1976 a 1980, em todo o Brasil.

Apesar de comportar-se clinicamente de forma diversa do tumor com local primário conhecido^{1,2,6,7,12}, pois seu padrão de disseminação seria inesperado quando determinado o local primário, já há indícios estatísticos do comportamento biológico do TPD:

- acomete mais homens do que mulheres, na faixa etária dos 50-60 anos^{1-5,8,10,12,13};
- acima do diafragma, o local primário mais comum é o pulmão e abaixo, o pâncreas^{1-3,6,7,12,13};
- o padrão metastático mais freqüente é o de lesões em pulmão, fígado, ossos, pele e linfonodos^{1-3,5-7};
- a sobrevida não é alterada pela terapêutica, na grande maioria dos casos, mas com esta se persegue a prevenção de complicações e uma melhor qualidade de vida para o paciente^{2-5,7,8,10,12,13}. A sobrevida depende do tipo histológico (carcinoma escamoso versus adenocarcinoma), do padrão de metástases (linfoniado versus víscera) e da capacidade funcional do paciente^{2,3,8,9};
- metástases de tumores não epidermóides geralmente envolvem um ou mais órgãos, enquanto que as de tumores epidermóides são loco-regionais.

Os critérios para a pesquisa do tumor primário devem basear-se no tipo histológico da metástase e não no padrão de disseminação da doença, devendo a pesquisa ser orientada no sentido do órgão sintomático^{1-4,6-8,10,12}.

Material e métodos

Foram avaliados 23 casos de TPD, ocorridos no HNMD entre dezembro/80 e outubro/84, representando 5,8% dos pacientes com neoplasia maligna não hematológica encaminhados ao Setor de Oncologia. Dez casos ocorreram em 1984 e oito pacientes estavam vivos na época do levantamento (Quadro 1). Os lançados neste quadro como indeterminados são os pacientes com evolução ignorada, por terem sido transferidos para outro hospital ou retornado ao seu Estado de origem.

A idade variou de 16 a 75 anos, com média de 54,1 anos, sendo que 65,2% dos pacientes tinham mais de 50 anos (Quadro 2). Treze homens e 10 mulheres foram incluídos.

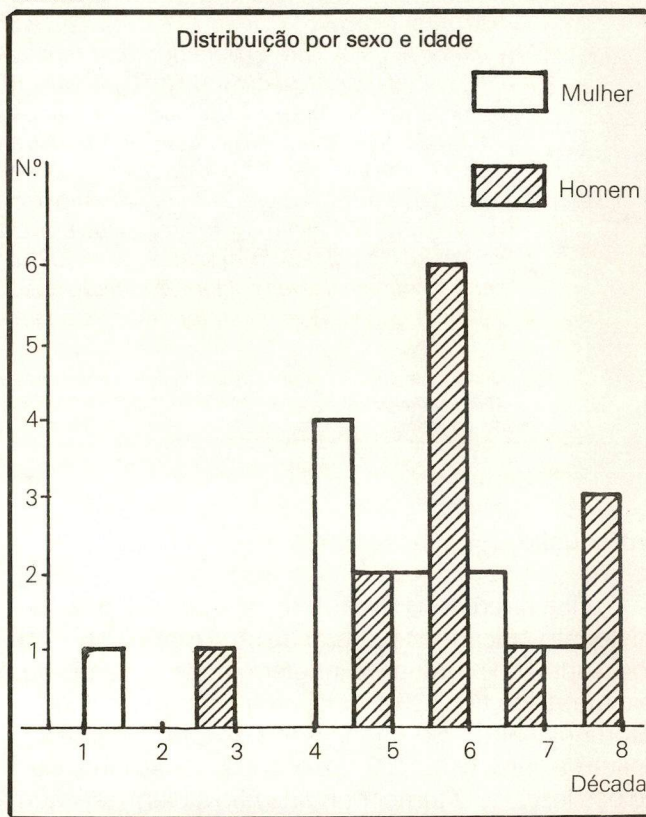
A avaliação semiótica foi orientada conforme os órgãos sintomáticos e a biópsia executada nas lesões mais acessíveis, evitando-se as lesões de acesso difícil como as localizadas em retroperitônio (Figura 1) ou cérebro (Figura 2).

As lesões cerebrais constituíram a maioria dos ca-

Quadro 1

Levantamento	
Período — 22.12.80 a 10.10.84	
Neoplasia maligna	395 casos
TPD	32 casos
TPD avaliável	23 casos
vivos	8 casos
óbitos s/necrópsia	7 casos
óbitos c/necrópsia	5 casos
indeterminados	3 casos

Quadro 2



sos excluídos, na presente série, por falta de confirmação de malignidade.

A necrópsia foi realizada em apenas cinco casos.

Resultados

O Quadro 3 mostra a distribuição das lesões como iniciais ou concomitantes. A análise do percentual total revela os linfonodos periféricos, ossos, mediastino, serosas, cérebro e fígado como os locais mais freqüentes de metástases, que se relacionaram mais com tumores primários em pulmão, próstata e pele (melanoma), como pode ser observado no Quadro 4.

O tipo histológico mais diagnosticado foi o adenocarcinoma, representando 43,4% dos casos (Quadro 5). O exame patológico não confirmou as suspeitas clínicas de linfoma.

Apenas 12 casos tiveram o tumor primário definido; os locais são lançados no Quadro 6. Pulmão, próstata e pele (melanoma) representam 50% dos diagnósticos definitivos. Nestes 12 casos, os métodos de diagnóstico foram variados (Quadro 7), merecendo comentários:

- a) Biópsia incisional — biópsia de próstata em paciente com massa mediastínica e supraclavicular e com histopatológico de adenocarcinoma metastático.
- b) Peça operatória — um caso em que a ressecção de massa axilar, com histopatológico prévio de carcinoma metastático, revelou carcinoma ductal infiltrante;
 - um caso de neoplasia maligna indiferenciada em linfonodo cervical, cuja exploração cirúrgica demonstrou tumor de glândula salivar;
 - um caso de melanoma amelanótico diagnosticado em lesão axilar ressecada.
- c) Citologia — a citologia de líquido ascítico definiu um caso de tumor primário ovariano e a citologia de broncoaspirado solucionou um caso de adenocarcinoma metastático para L₅, com radiografia do tórax normal.
- d) Teste terapêutico — efetuado em um caso de carcinoma metastático para linfonodo ilíaco, em paciente previamente prostatectomizado, sem histopatológico conhecido, verificando-se resposta objetiva com estrogênio terapia.
- e) Necrópsia — definiu todos os casos em que foi efetuada:
 1. Sarcoma de Ewing multicêntrico, em caso de neoplasia maligna de células redondas (Figuras 3, 4, 5, 6).

2. Timoma, com diagnóstico em vida de neoplasia maligna indiferenciada.

3. Adenocarcinoma do pulmão, em pacientes com lesões em coluna vertebral, mediastino e leptomeninge.

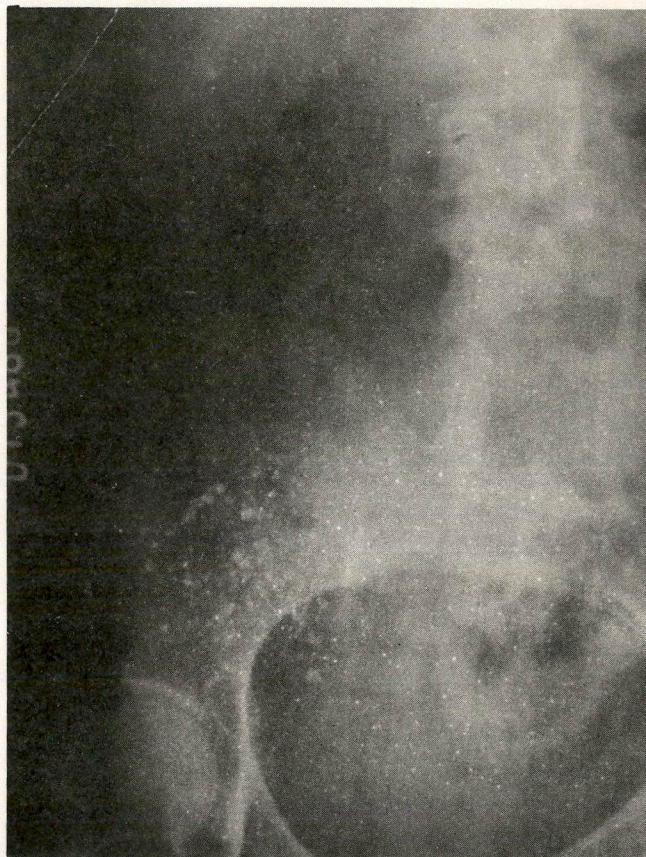


Figura 1 — Extensa lesão destruindo coluna lombo-sacra.

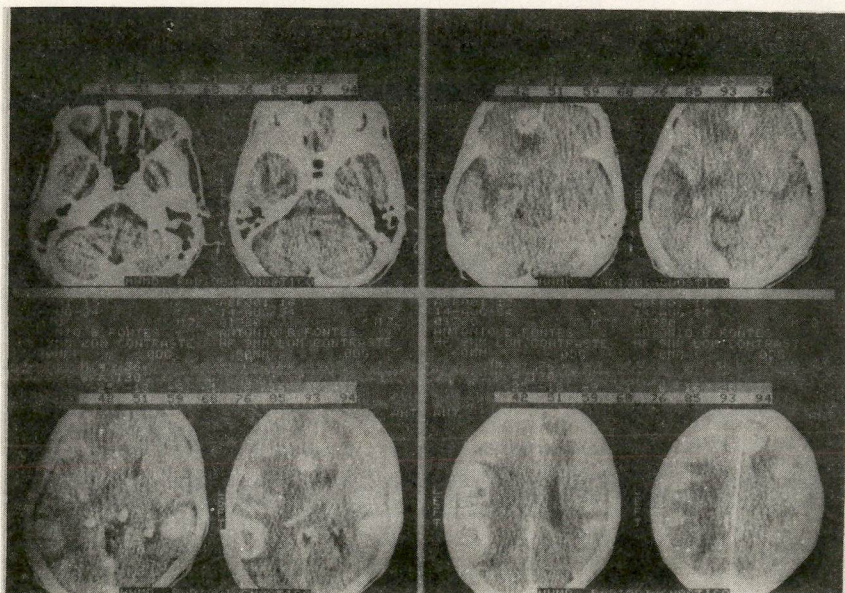


Figura 2 — CT cerebral com múltiplas lesões sugestivas de metástases.

Quadro 3 — Distribuição dos locais das metástases

Localização da metástase	Primeira lesão	Outras lesões	% Total
Linfonodos Periféricos	7	4	47,8
Ossos	4	6	43,4
Mediastino	3	3	26,0
Derrame Pleural	2	2	17,3
Carcinomatose Peritoneal	4	—	17,3
Cérebro	1	2	13,0
Fígado	—	3	13,0
Pulmão	—	2	8,6
Derrame Pericárdico	1	1	8,6
Partes Moles	—	2	8,6
Ascite	1	1	8,6
Massa Abdominal	—	1	4,3
Retroperitônio	—	1	4,3

Quadro 4 — Localização das primeiras lesões relacionada com a localização dos tumores primários

Primeira lesão	Tumor primário		
Linfonodos periféricos	7	Melanoma	2
		Próstata	1
		Mama	1
		Glândula salivar	1
		Indeterminado	2
Ossos	4	Pulmão	2
		Rim	1
		Ossos	1
Carcinomatose peritoneal	4	Indeterminado	4
Mediastino	3	Próstata	1
		Timo	1
		Indeterminado	1
Derrame pleural	2	Indeterminado	2
Cérebro	1	Indeterminado	1
Derrame pericárdico	1	Indeterminado	1
Ascite	1	Ovário	1

Quadro 5 — Relação entre os tipos histológicos das metástases e o número de tumores primários

Histopatológico da metástase	Tumor primário	
Adenocarcinoma	10	4
Carcinoma	5	2
Neop. maligna indiferenciada	3	3
Adenocarc. células claras	1	1
Ca. indif. pequenas células	1	—
Neop. maligna de células redondas	1	1
<i>Pseudomixoma peritonei</i>	1	—
Melanoma maligno	1	1
Total	23	12 (52%)

Quadro 6 — Locais do tumor primário definitivo

Local	Freqüência
Próstata	2
Pulmão	2
Pele	2
Mama	1
Ovário	1
Rim	1
Timo	1
Glândula salivar	1
Ossos	1
Total	12

Quadro 7 — Métodos diagnósticos definitivos

Tipo	Freqüência
Biópsia incisional	1
Peça operatória	3
Citologia	2
Teste terapêutico	1
Necrópsia	5
Total	12

4. Melanoma maligno definindo um caso de neoplasia maligna indiferenciada em linfonodos inguinais.

5. Adenocarcinoma do rim, em paciente que apresentava lesões em ossos e mediastino, cuja biópsia revelara adenocarcinoma de células claras.

Discussão

Embora aceito como entidade nosológica, não existe na literatura uma definição consensual para o TPD. Duas dificuldades são apresentadas: a avaliação deve-se estender até que órgãos e por quanto tempo, antes que se classifiquem a(s) metástase(s) como de origem desconhecida? E como classificar os casos de lesões secundárias de tumores primários previamente ressecados, mas não examinados patologicamente?

Sem dúvida, a melhor definição deve exprimir os limites da pesquisa através dos meios complementares do diagnóstico e os motivos pelos quais a lesão inicial não é diagnosticada. Exemplo, nesta série, é o diagnóstico de melanoma amelanótico em paciente que, seis anos antes, tivera lesão cutânea ressecada, mas não submetida ao exame patológico.

A necrópsia é um importante método de diagnóstico definitivo, principalmente nos casos de metástases disseminadas. Dos 23 casos estudados, 12 chegaram ao êxito letal, sendo que apenas cinco foram submeti-



Figura 3 — Caso de neoplasia maligna de células redondas. Fratura patológica de C₃.

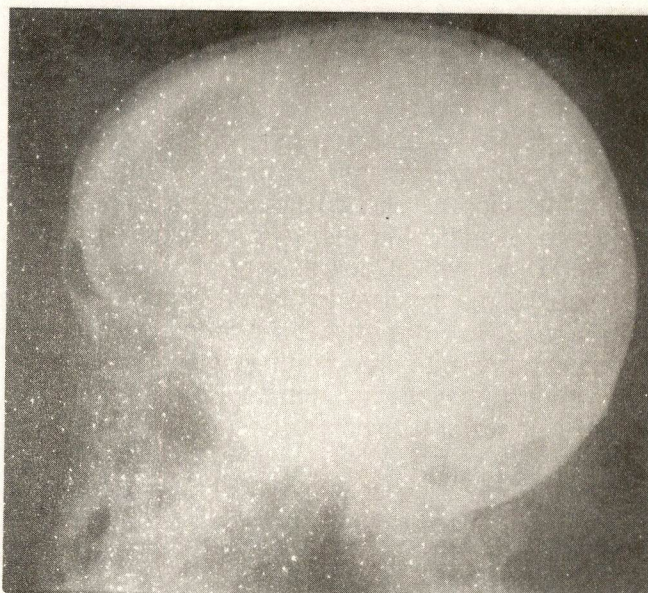


Figura 4 — Mesmo caso. Lesões osteolíticas em calota craniana.



Figura 5 — Mesmo caso. Cintilografia óssea.

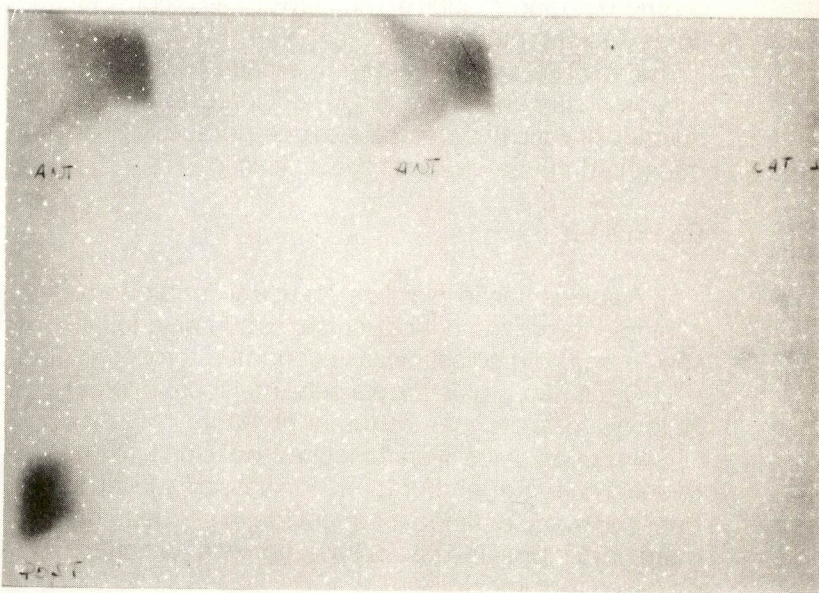


Figura 6 — Mesmo caso. Cintilografia hepática.

dos à necrópsia. Aos sete óbitos restantes, somam-se os três casos classificados como "indeterminados" por perda de seguimento, resultando em prejuízo para a análise da sobrevida.

A evolução dos casos constitui-se também em fator diagnóstico importante. Em dois casos, manifestações clínicas indubitáveis do tumor primário apresentaram-se a posteriori. Num deles, o surgimento de nódulo mamário homolateral, dois anos após a ressecção de massa axilar metastática, confirmou a mama como local primário. No outro, a detecção de linfonodo metastático, em paciente previamente prostatectomizado, contribuiu para o diagnóstico de tumor primário da próstata, já sustentado pela resposta à estrogênio-terapia.

Falhas diagnósticas aparentes podem ser levantadas, porém à luz de análise retrospectiva, após necrópsia. Os diagnósticos de timoma, sarcoma de Ewing, melanoma maligno e adenocarcinoma renal tiveram, em vida dos pacientes, aspectos que, em maior ou menor escala, incompatibilizavam os diagnósticos. Esses aspectos foram, respectivamente: resposta à quimioterapia e não à radioterapia observada no caso neoplasia maligna indiferenciada em mediastino; características das lesões ósseas e extenso envolvimento hepático, no caso da neoplasia maligna de células redondas; ausência de lesão cutânea, no caso de neoplasia maligna indiferenciada; e avaliação urogenital normal, no caso de adenocarcinoma de células claras.

A análise da resposta aos tratamentos aplicados e do tempo de sobrevida dos pacientes não se constituiu em objetivo do levantamento, visto o número de casos ocorridos no ano de 1984 e o número de casos com perda de seguimento.

Como o TPD apresenta alta mortalidade, deve-se avaliar criteriosamente a relação benefício/custo da pesquisa diagnóstica e da terapêutica que, por sua vez, não podem admitir retardos na sua aplicação.

Conclusões

1. A apresentação inicial da doença se fez predominantemente por linfonodos periféricos aumentados, lesões ósseas e mediastínicas, e derrames serosos.

2. O pulmão, a próstata e a pele (melanoma) foram os locais mais comuns do tumor primário.

3. Todos os casos tiveram determinação do tipo histológico do tumor, embora só 52% tivessem o local do tumor primário definido. Sem dúvida, o pequeno número de necrópsias é responsável por este percentual de casos esclarecidos.

4. Os casos de neoplasia maligna indiferenciada fo-

ram esclarecidos em sua totalidade (timoma, carcinoma de glândula salivar e melanoma maligno).

5. A necrópsia revelou o diagnóstico definitivo em todos os casos em que foi efetuada, devendo ser, portanto, de indicação sistemática, para favorecer maior esclarecimento sobre o TPD, de modo a aplicar este conhecimento no diagnóstico em vida de casos futuros.

Summary

Twenty-three cases of tumor of unknown origin are analysed. Patients were registered at the Hospital Naval Marcílio Dias from 22.12.80 to 10.10.84. Adenocarcinoma was the predominant histopathologic diagnosis; men predominated over women in a proportion of 1,3:1. Age varied from 16 to 75 years (average = 54.1 years), 65.2% of the patients being over 50 years. The initial presentation of the disease was made by tumor in lymph nodes, bones, mediastinum and serous effusions. The primary tumor was defined in 12 cases (52%) and necropsy in five cases defined the origin in all of them. Lung, prostate and skin (melanoma) represented the site of the primary tumor in 50% of the defined cases.

Uniterms: *unknown primary cancer; metastatic cancer of unknown origin; metastatic cancer of unknown primary site; cancer with unknown primary; metastasis from unknown origin; tumor of unknown origin.*

Referências Bibliográficas

- Allan S — Tratamento do câncer com primário desconhecido: investigação e tratamento. Anais da Jornada de Comemoração do 46º Aniversário do Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro, novembro, 1984.
- Ullmann JE, Phillips TL — Management of the patient with cancer of unknown primary site. In: DeVita VT Jr., Hellman S, Rosenberg SA — Cancer: principles and practice of oncology. Philadelphia, J.B. Lippincott Co., 1982; p. 1518-1533.
- Lokich J — Tumor of unknown origin. In: Lokich JJ — Clinical cancer medicine: treatment tactics. Massachusetts, G.K. Hall Medical Publishers, 1980; p. 377-398.
- Copeland EM, McBride CM — Axillary metastases from unknown primary sites. *Ann Surg*, 1973; 178: 25-27.
- Holmes FF, Fouts TL — Metastatic cancer of unknown primary site. *Cancer*, 1970; 26: 816-820.
- Nystrom JS, Weiner JM, Heffelfinger-Juttner J, Irwin LE, Bateman JR, Wolf RM — Metastatic and histologic presentations in unknown primary cancer. *Seminars of oncology*, 1977; 4: 53-58.
- Nystrom JS, Weiner JM, Wolf RM, Bateman JR, Viola MV — Identifying the primary site in metastatic cancer of unknown origin. *JAMA*, 1979; 241: 381-383.
- Fitzpatrick PJ, Kotalik JF — Cervical metastases from an unknown primary tumor. *Radiology*, 1974; 110: 659-663.
- Jesse RH, Perez CA, Fletcher GH — Cervical lymph node metastasis: unknown primary cancer. *Cancer*, 1973; 31: 854-859.
- Woods RL, Fox RM, Tattersall MHN, Levi JA, Brodie GN — Metastatic adenocarcinoma of unknown primary site: a randomized study of two combination — chemotherapy regimens. *New Engl J Med*, 1980; 303: 87-89.
- Campanha Nacional de Combate ao Câncer — Ministério da Saúde. Câncer no Brasil: dados histopatológicos — 1976 a 1980. Editor Rodolfo Brumini, Rio de Janeiro, 1982.
- Jordan III WE, Shildt RA — Adenocarcinoma of unknown primary site: the Brooke Army Medical Center experience. *Cancer*, 1985; 55: 857-860.
- Smith PE, Krementz ET, Chapman W — Metastatic cancer without a detectable primary site. *Am J Surg*, 1967; 113: 633-637.

Segundo Tumor em Pacientes Portadores de Retinoblastoma

LUIZ FERNANDO LOPES^{1,5}, CÉLIA B. GIANOTTI ANTONELI², FLÁVIO AUGUSTO LUISI³,
ALOIS BIANCHI⁴

Hospital A.C. Camargo — São Paulo, SP

Resumo

Os autores apresentam três casos de pacientes portadores de retinoblastoma, tratados com químico e radioterapia, que desenvolveram segunda neoplasia 4, 10 e 13 anos após o primeiro diagnóstico.

Discutem-se efeitos carcinogênicos da terapêutica antineoplásica (rádio e quimioterapia), e a susceptibilidade genética de mutação que leva os portadores de uma determinada neoplasia a desenvolverem uma segunda (cuja etiologia encontra-se em investigação).

Com base em revisão da literatura e na experiência pessoal, podemos dizer que há evidência clara de que os portadores de retinoblastoma bilateral têm maior probabilidade de manifestar segundo tumor.

Nos três casos analisados os tumores secundários foram osteossarcoma em dois casos, e fibrossarcoma em um caso e todos eram portadores de retinoblastoma bilateral.

No intuito de alertar para esse fato, propõe-se uma menor exposição dos pacientes portadores de retinoblastoma bilateral a tratamentos potencialmente agressivos. O acompanhamento dos pacientes deve ser longo, uma vez que os segundos tumores podem ocorrer vários anos após o término do tratamento da primeira neoplasia.

Unitermos: segundo tumor pós-retinoblastoma

Introdução

O retinoblastoma é o tumor maligno intra-ocular mais freqüente na infância^{1,2}. É uma neoplasia rara, correspondendo a menos de 5% no grupo pediátrico, numa taxa de incidência que varia de 1:34.000 a 1:15.000 nascidos vivos³. Outros autores mencionam uma estimativa de incidência de 11:1.000.000 de crianças menores de cinco anos de idade². Quanto à idade do diagnóstico varia de dois meses a 10 anos e 87% de todos os pacientes têm menos de 24 meses⁴.

O retinoblastoma é mais freqüentemente unilateral. Em média, 30% dos casos são bilaterais^{5,6}.

Segundo tumor não ocular

A associação entre retinoblastoma e o subsequente desenvolvimento de um segundo tumor é conhecida há mais de cinquenta anos⁷.

A incidência de um segundo tumor não ocular quando se consideram apenas pacientes portadoras de retinoblastoma bilateral é de 3 a 14%³. Existe maior possibilidade do segundo tumor ser sarcoma osteogênico nessas crianças por serem portadoras de uma mutação germinativa. Essa correlação não é verificada na

maioria dos sobreviventes portadores de retinoblastoma unilateral³.

Resumo dos casos

Caso n.º 1

GMM, masculino, nascido em 20/4/80 em MS. Pai portador de retinoblastoma unilateral, único irmão foi a óbito por ser portador de retinoblastoma bilateral e metastático quando tinha cinco meses de idade.

O paciente apresentou retinoblastoma bilateral diagnosticado aos 11 meses de idade. Foi enucleado o olho esquerdo, recebeu quimioterapia com três drogas (ciclofosfamida, vincristina e adriplastina) por 12 meses e 50cGy em região temporal direita e esquerda. Foi submetido a fotocoagulação no olho direito com remissão do tumor. Quatro anos após o término do tratamento, apresentou perda da visão direita, cefaléia e epistaxe. A tomografia computadorizada evidenciou massa em asa de esfenóide esquerdo (Figura 1). A biópsia revelou tratar-se de sarcoma osteogênico.

Caso n.º 2

ODZ, masculino, nascido em 14/7/72 em São Paulo. Diagnosticado retinoblastoma bilateral aos 27 me-

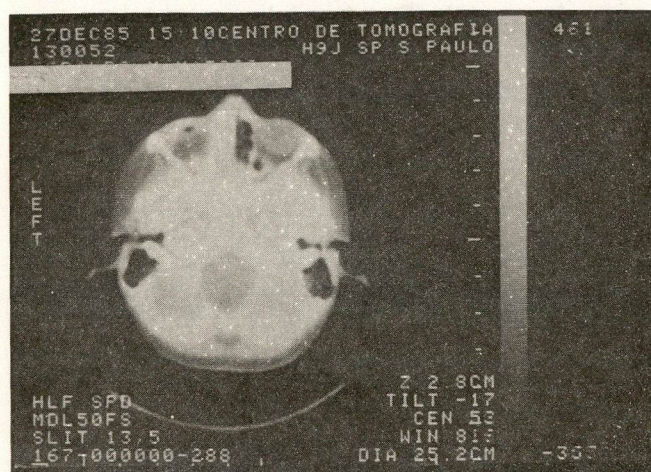


Figura 1

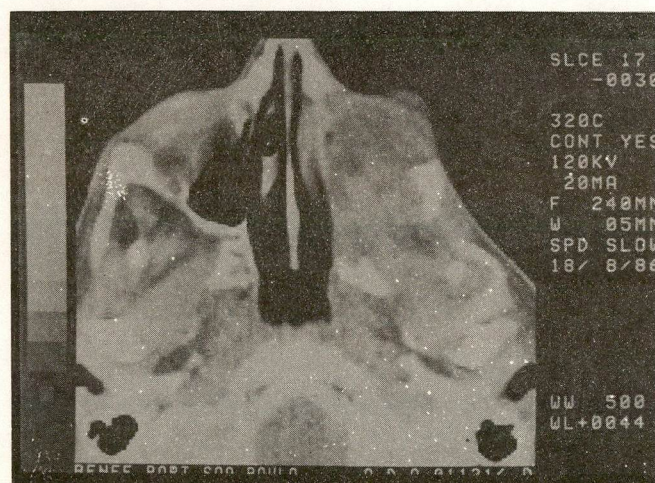


Figura 2

ses de idade. Fez enucleação do olho esquerdo e radioterapia 50cGy em região temporal direita e esquerda e quimioterapia com três drogas. Houve regressão do tumor da retina direita. Dez anos após o término do tratamento, apresentou abaulamento peri-orbitário à direita; tomografia computadorizada mostrou tratar-se de processo expansivo de ramo maxilar e orbitário direito (Figura 2). Realizada biópsia, cujo exame anatomopatológico revelou fibrossarcoma.

Caso n.º 3

CLC, feminino, nascida em 1/2/69 em São Paulo. Aos 19 meses de vida foi diagnosticado retinoblastoma bilateral. Após enucleação bilateral, recebeu 50cGy e quimioterapia com três drogas. Após 13 anos apresentou abaulamento da região malar direita e a tomografia computadorizada mostrou processo expansivo do seio maxilar à direita, com extensão para órbita. Realizada biópsia, cujo exame anatomopatológico revelou sarcoma osteogênico.

Discussão

Entre os diversos efeitos da terapêutica antineoplásica, talvez o mais temível seja o potencial carcinogênico do tratamento em si. Tanto a radioterapia quanto a quimioterapia estão relacionadas ao desenvolvimento tardio de segunda neoplasia em sobreviventes a longo prazo, portadores dos mais diversos tipos de tumores malignos.

A etiologia da segunda neoplasia não está claramente definida. Alguns fatores parecem influenciar o desenvolvimento desses tumores: a modalidade e a intensidade do tratamento, a história natural da neoplasia primária e a carga genética potencial do paciente⁸

Existe uma chance de 11% dos sobreviventes portadores de retinoblastoma bilateral desenvolverem no campo de radiação ou fora deste, uma neoplasia maligna vários anos após o tratamento da patologia primária².

A ocorrência de segundo tumor maligno em pacientes tratados com sucesso para retinoblastoma foi primariamente reportada por Reese e cols., que descreveram dois casos de sarcoma em área irradiada.

A radioterapia é reconhecida como um potente oncogen e tem sido ligada ao desenvolvimento de neoplasias malignas primárias e secundárias.

No estudo de 20 anos em sobreviventes com câncer na infância com longa evolução. Li calculou risco cumulativo para segunda neoplasia maligna seguida de radiação terapêutica em 17%⁹. Outros investigadores relatam 5 a 10% de incidência em 10 anos. A incidência de segundo tumor é de 7% quando se consideram somente pacientes com retinoblastoma bilateral com período médio de latência de 13 anos.

Na extensa série de Abransom e cols., os segundos tumores malignos, em casos não irradiados de retinoblastoma bilateral, tiveram uma incidência de 14% (igual à de pacientes não irradiados)⁵.

O "Late Effects Study Group" registrou 200 indivíduos com segunda neoplasia maligna. Esses tumores foram classificados de acordo com a etiologia presuntiva (suscetibilidade genética e associação com radioterapia). Conclui-se que aproximadamente 50% das segundas neoplasias malignas podem ser causadas exclusivamente por radioterapia. Das 200 crianças que desenvolveram segunda neoplasia, 35 eram portadoras de retinoblastoma como primeiro tumor. Existe uma associação similar em pacientes portadores de retinoblastoma que desenvolvem sarcoma osteogênico como segunda neoplasia preferencial, independentemente de terem recebido ou não radioterapia (16 pacientes desenvolveram segunda neoplasia: 11 em osso irradiado e 5 não)¹⁰.

Segundo Nuutinem, o segundo tumor maligno mais comum é o osteossarcoma da região orbitária, e geral-

mente se atribui à irradiação induzida⁶.

Em 17% dos pacientes um novo tumor se desenvolve fora do campo de irradiação. Desta forma, acredita-se que o *clonus* de retinoblastoma está também relacionado à iniciação de outros tumores, particularmente osteossarcoma em ossos longos⁸.

O sarcoma osteogênico de fêmur ocorre com uma frequência 500 vezes maior em pacientes com retinoblastoma bilateral do que na população geral, com período de latência de 10 a 11 anos dentro ou fora do campo de radioterapia⁷.

Os três casos acima descritos receberam radioterapia e quimioterapia para tratamento da primeira neoplasia, tendo o segundo tumor aparecido no campo irradiado 4, 10 e 13 anos após o término de tratamento do primeiro tumor.

Conclusão

O retinoblastoma bilateral é considerado como sendo originário de uma mutação germinativa. A tendência do desenvolvimento de segundo tumor pode estar associada a essa mutação, e não necessariamente ao efeito radioterápico^{5,6}. É possível que a radioterapia acelere a taxa de mutação⁶.

A carcinogênese é um dos muitos efeitos injuriantes, agudos ou crônicos do tratamento da criança com câncer. O tratamento de escolha deve ser aquele regime com o máximo de curabilidade e a mais baixa incidência de efeitos indesejáveis².

Desde que a mortalidade por retinoblastoma por si só é de 8% e a mortalidade devido a esses segundos tumores é ainda alta, muitos pacientes com retinoblastoma agora morrem por metástases de seu segundo tumor⁷.

Segundo Lanskowsky, somente 50% das crianças sobrevivem a sua segunda neoplasia maligna¹⁰.

Em crianças portadoras de retinoblastoma bilateral com estágio inicial de doença, não existe, na grande maioria das vezes, necessidade do uso de agentes quí-

mio, ou radioterápicos. Muitas vezes esses tumores são curáveis com procedimentos conservadores, ou somente cirurgia, minimizando os efeitos indesejáveis da quimio ou radioterapia, e com isso, oferecendo menor chance do aparecimento da segunda neoplasia quando esta estiver relacionada a estes tratamentos.

Summary

The authors discuss the carcinogenetic effect after treatment with radio and chemotherapy in patients with cancer. They report three cases in children with development of second tumor 4, 10 and 13 years later.

According with literature, the authors believe that patients with bilateral retinoblastoma have more probability of developing second tumor in the irradiated bone elsewhere.

Uniterms: *second tumors post-retinoblastoma*

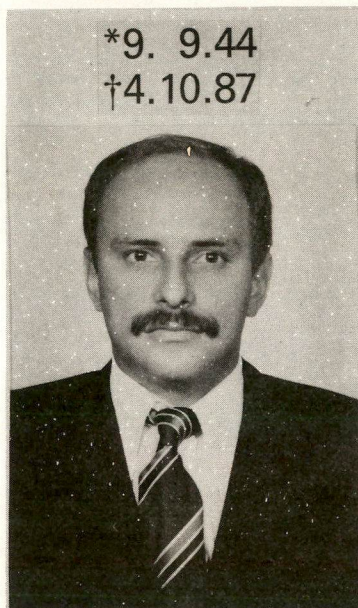
Referências Bibliográficas

1. Howarth C et al. — Stage-related combined modality treatment of retinoblastoma: results of a prospective study. *Cancer*, 1980; 45: 851-858.
2. Jaffe N & Dynebt PG — Retinoblastoma. In Lanskowsky P — *Pediatric Oncology: a treatise for the clinician*. New York, McGraw-Hill, 1983, pág. 355.
3. Donaldson SS — Retinoblastoma. In: Levine AS — *Cancer in the young*, Paris, Manon, 1982, pág. 693.
4. Freeman CR et al. — Retinoblastoma: the case of radiotherapy and for adjuvant chemotherapy. *Cancer*, 1980; 46: 1913-1918.
5. Abramson DH et al — Second tumors in non irradiated bilateral retinoblastoma. *Am J Ophthalmol*, 1979; 87: 624-627.
6. Nuutinen J, Karja J, Sainio P — Epithelial second malignant tumors in retinoblastoma survivors: a review and report of a case. *Acta Ophthalmol*, 1982; 60: 133-140.
7. Abramson DH — Retinoblastoma: diagnosis and management. *Ca-A Cancer J Clin*, 1982; 32: 130-140.
8. Oliff A & Levine AS — Late effects of antineoplastic therapy. In: Levine AS — *Cancer in the young*, Paris, Manon, 1982, p. 734.
9. Li FP, Canady JR and Jaffe N — Risk of second tumors in survivors of childhood cancer. *Cancer*, 1975; 35: 1230-1235.
10. Karayalcin G — Late Effects of Cancer Treatment in: *Pediatric Oncology*, Lanskowsky P, MacGraw-Hill Book Company, 1983, pág. 477-495.
11. Pendergrass TW & Davis S — Retinoblastoma. *Ca-A Cancer J Clin*, 1983; 33: 317-18.
12. Shudnia H et al — Treatment results of retinoblastoma at Indiana University hospitals. *Cancer*, 1977; 40: 2917-2922.

Instituto Nacional de Câncer — INCa

In Memoriam:

Mário Rodrigues Teixeira Júnior



Diante de tudo, agora, neste momento paro e percebo: sinto um vazio. O vazio que ficou pela perda não só do profissional, mas, mais que isto, da pessoa, do amigo, do incrível ser humano que foi o Dr. Mário Rodrigues Teixeira Júnior. Por que se foi numa fase tão precoce da vida? Às vezes me pergunto, mas sei que ninguém pode responder. Talvez a vida tenha a resposta. A sua contribuição profissional como médico foi inestimável, principalmente através da Patologia gastroenterológica, em que soube implantar critérios e métodos de trabalho mais adequados, baseado em sua experiência adquirida da convivência no Hospital de São Marcos em Londres, com autoridades mundialmente reconhecidas, como Dame Sheila Sherlock, Peter Sheuer e B. C. Morson.

Sempre preocupado em adaptar ao nosso meio técnicas e métodos utilizados no exterior e mais eficientes para o aprimoramento diagnóstico, foi incansável na luta contra dificuldades burocráticas, financeiras e do próprio acomodamento pessoal. Era metuculoso e exigente, requerendo bastante dedicação de todos os profissionais do serviço, a fim de que suas funções fossem desempenhadas num padrão exemplar.

Para os médicos residentes, como eu, que passaram por esta Instituição, teve influência marcante, pois foi orientador persistente e dedicado, não medindo esforços para transmitir toda uma carga de experiência recebida através dos anos de exercício profissional.

Como ser humano, foi o amigo equilibrado e generoso, que nas horas de impasse, sabia ponderar e lançar mão de uma melhor alternativa, sem jamais ferir seus princípios de homem honesto e correto, buscando soluções justas.

Por isto, e ainda por tudo o que com palavras não consigo expressar, aqui eu deixo a minha homenagem ao meu grande amigo e mestre a cuja memória eu dedico imensa admiração e respeito.

*Ivanir Martins de Oliveira
Em 14 de setembro de 1988*

Forma Rabdomiomatosa do Tumor de Wilms. Relato de um Caso com Envolvimento Bilateral

ACHILÉA LISBOA BITTENCOURT^{1,4}, NUBIA MENDONÇA², JOSÉ BAHIA SAPUCAIA²,
JOSÉ LUIZ BRANDÃO DE OLIVEIRA³

Hospital Martagão Gesteira -- Salvador, BA

Resumo

É apresentado um caso de tumor de Wilms bilateral em criança de um ano. O primeiro tumor, de rim direito, tinha o aspecto histopatológico clássico e apenas 10% de sua área era representada por fibras musculares estriadas de tipo embrionário. O tumor do rim esquerdo manifestou-se quatro meses após o diagnóstico do primeiro e era constituído quase que exclusivamente por tecido muscular estriado embrionário. A criança está agora com 10 anos e vive normalmente com apenas dois terços de um rim.

Unitermos: tumor de Wilms; tumores na infância; tumores renais; nefroblastoma rabdomiomatoso; tumor de Wilms bilateral; tumores congênitos

Introdução

O tumor de Wilms é constituído por elementos embrionários do rim compreendendo epitélio, blastema e mesênquima havendo também associação com tecidos maduros, tais como músculos liso e esquelético, cartilagem e gordura. Músculo esquelético de tipo embrionário, com núcleos centrais, pode também ser observado¹.

A finalidade desta apresentação é mostrar uma forma rara deste tumor, constituída por fibras musculares esqueléticas de tipo embrionário.

Apresentação do caso

Criança do sexo feminino, com um ano, internada no Centro de Oncologia do Hospital Martagão Gesteira, com história de dois meses de tumoração abdominal. Ao exame físico, constatou-se assimetria abdominal, às custas de tumoração em flanco esquerdo com 10 x 12cm, ultrapassando a linha média do corpo, indolor, fixa e de consistência dura. O diagnóstico clínico de tumor de Wilms foi feito pela urografia excretora e a criança foi submetida à nefrectomia total.

No ato cirúrgico procedeu-se à exploração da loja renal contralateral e não foram encontradas alterações. O estadiamento foi I, segundo os critérios adotados pelo *National Wilms Tumor Study* (NWTS)². Procedeu-se

a quimioterapia segundo o protocolo da "Société Internationale de Oncologie Pédiatrique" (SIOP)³. Cinco meses após o primeiro diagnóstico a criança voltou a consulta com uma tumoração à direita. A urografia excretora não mostrou envolvimento do sistema pielocalicial. À cirurgia encontrou-se volumosa tumoração envolvendo o pólo inferior renal. Procedeu-se a nefrectomia parcial com retirada de parte do pólo inferior do rim esquerdo deixando o sistema pielocalicial íntegro. Fez-se radioterapia, aplicando-se um total de 2.400 rads e quimioterapia, segundo protocolo da SIOP³, usado para o estadiamento III (NWTS)².

Exames anatomopatológicos

Tumor do rim direito. A peça pesa 407g, mede 11,5 x 11 x 8,5cm, é encapsulada, de consistência elástica e substitui cerca de metade inferior do rim. Uretério, artéria e veias renais livres de tumor. A superfície de corte exhibe tecido amarelo-esbranquiçado ao lado de zonas de hemorragia e necrose. Estudo microscópico revela células com escasso citoplasma e núcleos ovóides e hiper cromáticos, com pequena variação de volume. Dispõem-se de modo compacto formando maciços separados por estroma mixomatoso. No seio destes maciços há diferenciação tubular. Há área com fibras musculares embrionárias que representa cerca de 10% do tumor (Figura 1). O tumor foi classificado co-

¹ Professor Adjunto de Patologia da Faculdade de Medicina UFBA. ² Serviços de Oncologia e de Cirurgia do Hospital Martagão Gesteira. ³ Estagiário do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Martagão Gesteira. Trabalho apresentado no X Congresso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediátrica. Endereço para correspondência: ⁴ Rua José Duarte, 114 - Tororó - Salvador, BA. CEP40000.

mo de histopatologia favorável, segundo o NWTS² e de tipo II segundo a classificação de Jereb e Sandstedt⁴. *Tumor do rim esquerdo*. Pesa 248g, mede 9,2 x 7,5 x 5cm (Figura 2), é de consistência elástica, encapsulado, de superfície bosselada, vendo-se parênquima renal na zona de ressecção que tem 4 x 4cm. Cortes escalonados do tumor mostram tecido enovelado, róseo-esbranquiçado. Estudo microscópico de 10 seções mostra fibras musculares estriadas com núcleos centrais, com cromatina delicada e de volume uniforme, que se dispõem paralelamente em feixes arrumados em vários sentidos (Figura 3). Há mínimas áreas de necrose de coagulação. Vê-se, em uma pequena área, mesênquima exibindo nove pequenos túbulos forrados por epitélio cúbico bem diferenciado (Figura 4). Não se observou blastema. O músculo estriado corresponde a cerca de 99% das áreas examinadas. A margem da ressecção é constituída por parênquima renal sem infiltração tumoral.

Evolução

A criança foi acompanhada segundo rotina previamente estabelecida⁵. Está atualmente com 10 anos e não apresenta alterações.

Comentários

Pouco freqüentemente, o músculo estriado constitui componente preponderante do tumor de Wilms, chegando a representar mais de 90% de sua área⁶. Esta variante do tumor de Wilms tem sido denominada de forma rabdomiomatosa fetal^{7,8}. Analisando 15 casos de longa evolução, com poucas áreas de necrose variante apresenta-se sob forma de tumores volumosos de longa evolução, com poucas áreas de necrose e hemorragia e com apenas discreta capacidade metastatizante. Incide em idade mais baixa e tem maior tendência à bilateralidade⁷. Enquanto as lesões bilaterais ocorrem em 5 a 10% dos tumores de Wilms⁹, nesta forma incidem em cerca de 30% dos casos^{7,9}. No presente caso, o primeiro tumor apresentou o aspecto clássico do tumor de Wilms, com um pequeno componente de músculo esquelético embrionário, como já foi observado anteriormente por Hughson et al.¹⁰. Por isso é sempre importante investigar mais minuciosamente, no sentido de bilateralidade, aqueles casos que apresentarem microscopicamente fibras musculares estriadas embrionárias. O segundo tumor tinha aspecto macroscópico diferente do que se observa no tumor de Wilms. Era de consistência elástica, de aspecto enovelado na superfície de corte e não apresentava necrose e hemorragia. Por outro lado, envolvia muito pouco o parênquima renal poupando o sistema pielo-calicial. Por todas estas características macro e microscópicas es-



Figura 1 — Aspecto macroscópico do segundo tumor.

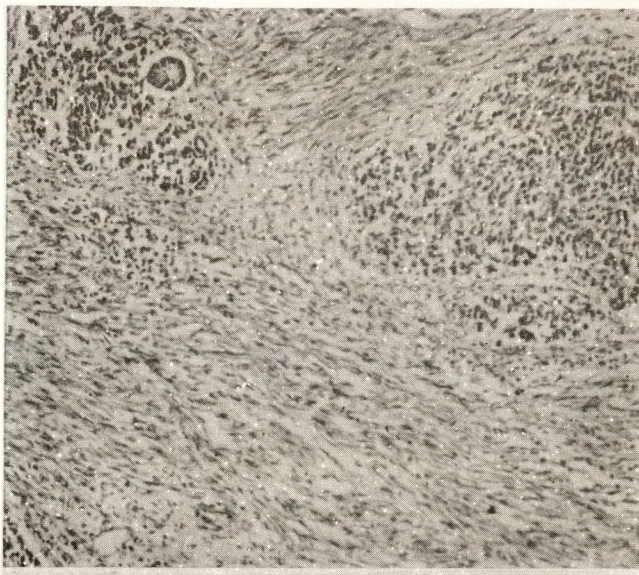


Figura 2 — Primeiro tumor. Área com fibras musculares lisas embrionárias e zonas com blastema e escassa diferenciação tubular. HE X 200.

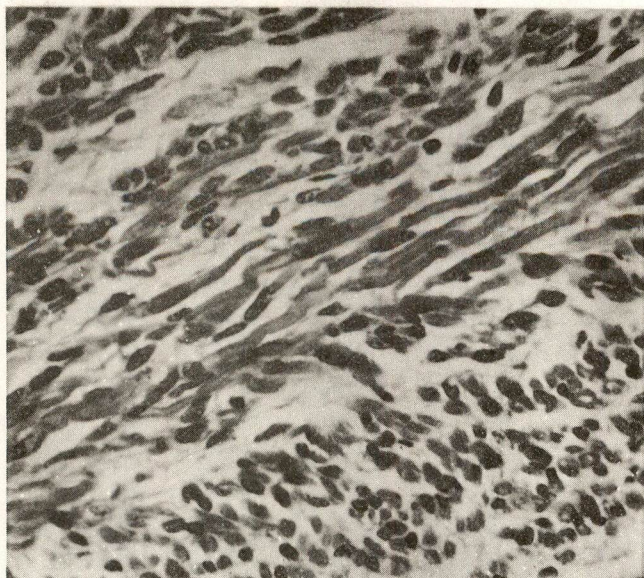


Figura 3 — Segundo tumor. Notar as fibras musculares estriadas com núcleos centrais. HE X 400.

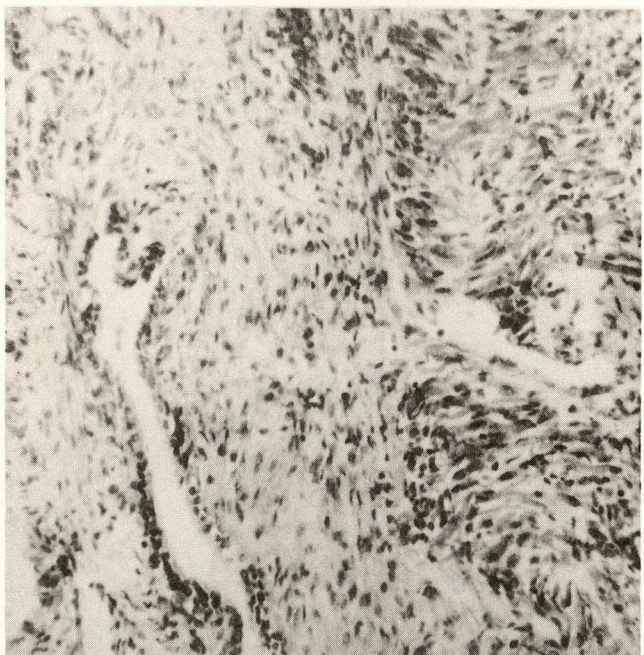


Figura 4 — Segundo tumor. À direita, fibras musculares estriadas e à esquerda, tecido mesenquimatoso com dois túbulos bem diferenciados. HE X 200.

te segundo tumor não parece representar metástase do primeiro. É provável que já existisse quando do primeiro diagnóstico e que tivesse passado despercebido pelo fato de ser um crescimento extrínseco e de não deformar o sistema pielo-calicial.

Tanto a variante rabiomiomatosa como os tumores de Wilms bilaterais incidem em pacientes de baixa idade como aconteceu no presente caso^{7,9}. Apesar da bilateralidade e do primeiro tumor ter sido menos diferenciado o prognóstico foi excelente. Na experiência do Centro de Oncologia do Hospital Martagão Gesteira, todos os casos de tumor de Wilms, com idade inferior a dois anos, estão livres de tumor⁵. Considerando a idade da criança e o tipo histopatológico do segundo tumor, que é de bom prognóstico, a orientação terapêutica deveria ter sido menos agressiva.

Esta variante foi a única observada num total de 90 casos de tumor de Wilms, diagnosticados no Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Martagão Gesteira, a partir de 1972, representando uma frequência de 1,1%. Na experiência de Vicande e cols., a frequência deste tumor é de 2,27%.

Summary

A case of bilateral Wilms' tumor in an one-year-old infant is reported. The right kidney tumor had the classical histological pattern of Wilms' tumor with only 10% of embryonic striated fibers. The left kidney one appeared 4 months later and was composed almost exclusively by embryonic striated muscle tissue. The child is now 10-year-old and is living well with only two-thirds of her left kidney.

Uniterms: Wilms' tumor; childhood tumors; renal tumors; rabiomiomatous nephroblastoma; bilateral Wilms' tumor; congenital tumors

Referências bibliográficas

1. Bennington JL, Beckwith JB — Tumors of the kidney renal pelvis and ureter. 2nd ed. Washington: AFIP, 1975; 66.
2. Beckwith JB — Wilms' tumor and other renal tumors of childhood. A selective review from the "National Wilms Tumor Study Pathology Center". *Human Pathol*, 1983; 14: 481-492.
3. SIOP — A therapeutic trial and prospective study. "SIOP Nephroblastoma Clinical Trial Protocol", 1977; 5: 9-13.
4. Jereb B, Sandsted B — Structure and size versus prognosis in nephroblastoma. *Cancer*, 1973; 31: 1473-1481.
5. Bittencourt AL, Mendonça N, Cordeiro CO, Fonseca Jr LE — Tumor de Wilms. Estudo de 55 casos. *J Pediatr*, 1987; 63: 110-114.
6. Pages A, Belabbas M, Yahia TD — Fetal rhabdomyomatous nephroblastoma. *Arch Anat Cytol Path*, 1985; 33: 224-227.
7. Wigger HJ — Fetal rhabdomyomatous nephroblastoma — a variant of Wilms' tumor. *Human Pathol*, 1976; 7: 613-623.
8. Vicandi B, Picazo ML, Gonzalez MC, Contreras F — Nefroblastoma rabiomiomatoso fetal: Estudio de dos casos y revisión de la literatura. *An Esp Pediatr*, 1985; 23: 205-210.
9. Bond JV — Bilateral Wilms' tumor. Age at diagnosis, associated congenital anomalies and possible pattern of inheritance. *Lancet*, 1975; 2: 482-484.
10. Hughson MD, Henniger GR, Othersen Jr HB — Cytodifferentiated renal tumors occurring with Wilms' tumors of the opposite kidney. *Am J Clin Pathol*, 1976; 66: 376-389.

Espectro de Atividade NK em um Pequeno Grupo Populacional Brasileiro

LUCIA DE LA ROCQUE^{1,4}, MARIANO ZALIS¹, JOÃO GOULART², VIVIAN M. RUMJANEK³

Instituto Nacional de Câncer — Rio de Janeiro, RJ

Resumo

Um painel de atividade NK nos indivíduos normais de nossa população foi obtido através da realização de 221 ensaios em 40 indivíduos, sendo 26 do sexo masculino e 14 do sexo feminino; um padrão próprio de atividade NK para as pessoas testadas com maior frequência foi encontrado, apesar da grande variabilidade intra-individual. Não foi encontrada diferença significativa entre a atividade NK de homens e mulheres e entre as diversas faixas etárias, sendo a literatura controversa em relação a esses parâmetros. Apesar do pequeno número de indivíduos testados, nossos dados coincidem com os obtidos de populações norte-americanas. A semelhança dos resultados apresentados pode decorrer do fato de a maioria de nossa amostra ser extraída de um padrão sócio-econômico elevado, não apresentando problemas de desnutrição, embora envolvesse pessoas de diferentes origens étnicas.

Unitermos: atividade NK; população normal

Introdução

Há cerca de 15 anos, durante estudos de citotoxicidade celular específica mediada por linfócitos contra células tumorais, verificou-se que linfócitos de indivíduos normais eram capazes de destruir essas células tumorais, apresentando uma citotoxicidade igual ou até maior do que a de indivíduos dos quais as linhagens tumorais haviam sido extraídas¹. Esta citotoxicidade natural passou a ser chamada de atividade "natural killer" ou atividade NK².

A continuação dos estudos acerca dessa atividade demonstrou que ela não agia somente contra linhagens de células tumorais, mas também contra células modificadas por certas infecções; esta^{3,4} e outras evidências^{5,6} ligaram a citotoxicidade NK a um papel fundamental na vigilância imunológica. Além desse papel, foram associados a esta atividade os controles da formação de anticorpos^{7,8} e da hematopoiese^{9,10}, o que implicaria em um envolvimento da atividade NK no controle celular em geral.

Não são apenas evidências experimentais que apontam para uma relevância *in vivo* da atividade NK; a síndrome de Chediak-Higashi, doença cromossômica que determina, entre outros defeitos, a falta quase que absoluta de atividade NK¹¹ está associada a uma alta incidência de doenças linfoproliferativas. Há outras doen-

ças em que a atividade NK, apesar de não totalmente ausente, pode estar significativamente abaixo do normal. É o que parece ocorrer em algumas neoplasias e certas doenças parasitárias e infecto-contagiosas^{12,13,14,15}. Por outro lado não são detectadas somente patologias que tendem a diminuir a atividade. Há víruses que sabidamente elevam a mesma¹⁶ e, em relação a doenças parasitárias e infecto-contagiosas sabe-se que a atividade NK pode encontrar-se aumentada, diminuída ou mesmo inalterada dependendo do agente causador ou estágio da doença^{4,17,18,19}.

É possível que nos seres humanos normais a atividade NK seja modulada *in vivo* por uma série de parâmetros intrínsecos, tais como fatores genéticos e outras características como o sexo e a idade do indivíduo estudado. Já foram realizados estudos em populações norte-americanas^{20,21,22} com níveis sócio-econômicos elevados, condições nutricionais bem diferentes das nossas e exposições a antígenos também diversos. Alguns desses fatores, como por exemplo o nutricional, já foram estudados de forma experimental^{23,24}, e, nesses casos, a desnutrição diminuiu a atividade NK. Certos hábitos sociais, como o fumo e o consumo elevado de álcool, também parecem modular essa atividade no homem^{25,26,27}.

Como não existia um parâmetro de medida da atividade NK na população brasileira, investigamos os ní-

veis da mesma em um grupo de indivíduos, concentrando-nos em voluntários saudáveis, a maioria de nosso laboratório, na faixa etária entre 20 e 40 anos.

Materiais e métodos

Reagentes

Meio RPMI 1640 (SIGMA) foi suplementado com $5 \times 10^{-5}M$ de β -mercaptoetanol, 2mM de glutamina, 25mM de tampão hepes, 60mg/l de penicilina e 100mg/l de estreptomicina.

Soro fetal bovino (CUTILAB, Campinas) foi adicionado na concentração de 5% ao meio descrito acima, que foi então chamado de meio completo.

Ficoll-Hipaque foi preparado com 5,9g/100ml de Ficoll (SIGMA) e 9g/100ml de Hipaque (CEME) para a densidade de 1,077.

Salina tamponada com fosfato (PBS) foi utilizada para lavagem de células.

Fungizona (SQUIBB) foi diluída a 25mg/ml em meio de cultura, aliquotada, estocada a $-20^{\circ}C$ e diluída 100 vezes para ser adicionada ao meio completo quando este foi utilizado para a passagem de células.

^{51}Cr (IPEN), com atividade específica de aproximadamente 1500Bq/ml de Cr, diluído em salina sob a forma de $Na_2^{51}CrO_4$.

Células efetoras

Sangue heparinizado foi obtido através de punção venosa. A retirada do sangue, na maior parte das vezes, foi feita na manhã do experimento. Algumas vezes, no entanto, esta foi feita no dia anterior, tendo sido o sangue guardado a $4^{\circ}C$, não havendo diferença no resultado final. O sangue foi então diluído pela metade com PBS e colocado em cima de uma camada de Ficoll-Hipaque, na proporção de 4 de Ficoll-Hipaque para 5 de sangue diluído. Após centrifugação por 20 minutos a 400g, o anel de mononucleares totais foi coletado com uma pipeta Pasteur e lavado duas vezes em PBS. As células foram então novamente suspensas a 5×10^6 cels/ml em meio completo e empregadas como efetoras no ensaio NK. Este tipo de células, neste trabalho, será denominado células mononucleares totais.

Células-alvo

A linhagem eritroleucêmica K562 foi mantida em meio completo, ao qual era adicionado 0,25 μ g/ml de fungizona. O repique das mesmas foi feito duas vezes por semana, e, no dia anterior ao experimento, o volume destas células era dobrado com meio completo. Estas foram mantidas a $37^{\circ}C$, numa atmosfera com 5% de CO_2 .

Ensaio NK

A atividade NK foi determinada através da medida de liberação de ^{51}Cr das células-alvo marcadas. Células efetoras foram misturadas, em placas de 96 poços, de fundo chato ou em V, em diversas proporções (100:1, 50:1, 25:1, 12,5:1, 6,25:1, 3,12:1 e 1,06:1) com 5×10^3 células-alvo marcadas. A mistura foi feita sempre em meio completo e o volume final em cada poço foi 200 μ l. Esta foi deixada incubando por 4 horas, a $37^{\circ}C$, numa atmosfera de 5% de CO_2 ; ao final desse tempo 100 μ l do sobrenadante foram recolhidos e contados num contador gama.

A lise é proporcional às contagens, segundo a fórmula:

$$\% \text{ lise} = \frac{\text{c.p.m. experimental} - \text{c.p.m. liberação espontânea}}{\text{c.p.m. total} - \text{c.p.m. liberação espontânea}} \times 100$$

O total foi obtido pela medida de ^{51}Cr da mesma quantidade de células-alvo que foi colocada em cada poço. A liberação espontânea foi recolhida ao final dos experimentos, de poços aonde haviam sido colocadas células-alvo com meio completo ao invés de células efetoras, e geralmente não excedeu 15% do total.

Cada ponto experimental foi feito em duplicata, correspondendo os resultados apresentados à média das mesmas.

Resultados

Distribuição da atividade NK nos ensaios

A Figura 1 mostra a distribuição da atividade NK em

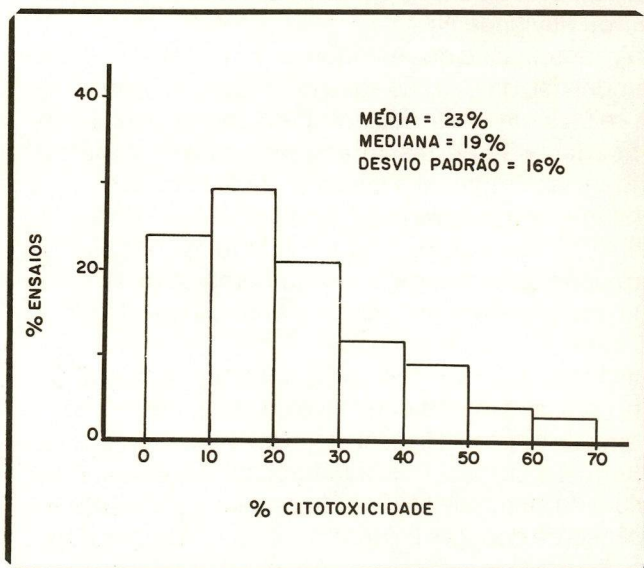


Figura 1 — Distribuição da atividade NK nos ensaios de 4 horas de duração.

Células mononucleares totais de 40 indivíduos foram testadas de 1 a 46 vezes contra a célula-alvo K562 na razão efetora: alvo de 50:1.

221 ensaios de indivíduos saudáveis, na razão efetora: alvo de 50:1. Esta razão foi escolhida porque, muitas vezes, os indivíduos na razão de 100:1 apresentavam uma queda de citotoxicidade, fato esse também encontrado por outros pesquisadores e não bem compreendido. De agora em diante, os dados de atividade NK serão sempre apresentados nesta razão, a menos que especificado de outra maneira.

A média destes ensaios foi de 23% e se aproxima bastante da mediana, que foi 19%. A distribuição destes ensaios, no entanto, não segue uma distribuição normal já que estes se concentram muito para a esquerda.

Estes ensaios representam 40 indivíduos, de ambos os sexos, testados de 1 a 46 vezes, cobrindo um período de testes de 3 anos.

Distribuição das atividades NK nos indivíduos

Para impedir que a distribuição acima, em vez de caracterizar a distribuição da atividade NK na população estudada, estivesse refletindo na realidade a atividade dos indivíduos testados um número maior de vezes, tomou-se a mediana dos ensaios de todos os indivíduos testados, de modo que cada indivíduo contribuisse apenas com um valor, e os resultados foram colocados em um gráfico (Figura 2).

A distribuição encontrada foi muito semelhante, com média de 23% e mediana de 18,5%, parecendo então

que a distribuição da atividade NK nos ensaios está refletindo realmente a distribuição encontrada na população estudada.

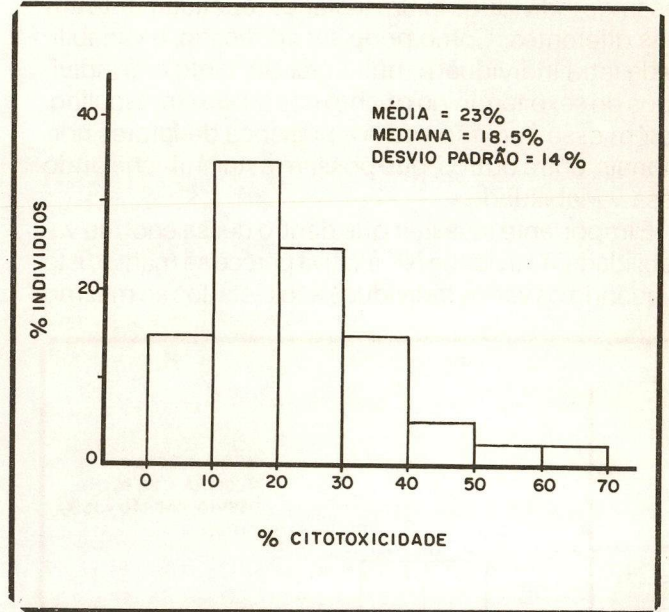


Figura 2 — Distribuição da atividade NK nos indivíduos normais em ensaios de 4 horas de duração.

Células mononucleares totais de 40 indivíduos foram testadas de 1 a 46 vezes contra a célula-alvo K562 na razão efetora: alvo de 50:1. A mediana desses dados foi calculada para cada indivíduo e utilizada como dado representativo de sua atividade NK.

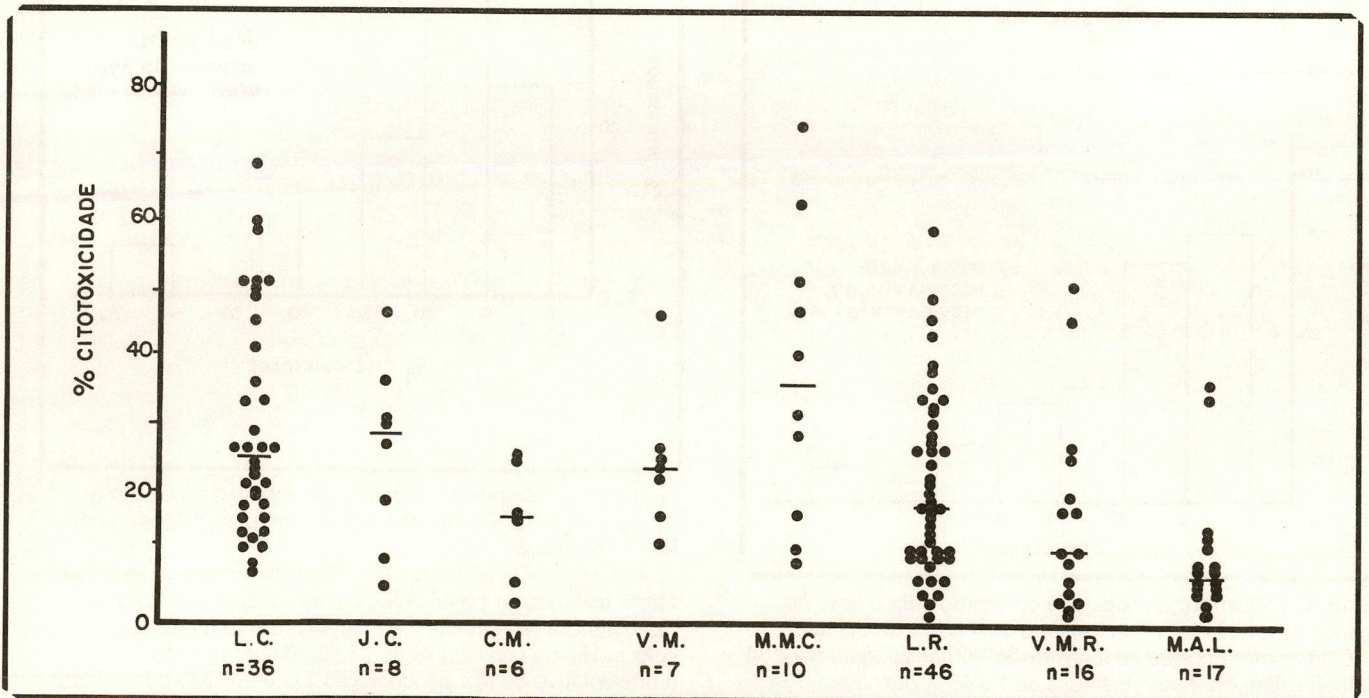


Figura 3 — Variação individual da atividade NK em ensaios de 4 horas de duração. Células mononucleares totais de 8 indivíduos diferentes foram testadas em vários ensaios contra a célula alvo K562, na razão efetora: alvo de 50:1. As letras representam iniciais dos vários doadores, os 5 primeiros sendo do sexo masculino e os 4 restantes do sexo feminino; n representa o número de ensaios e a mediana está indicada pela linha horizontal.

Varição individual

A Figura 3 mostra os resultados obtidos quando os mesmos indivíduos foram testados repetidamente em dias diferentes. Como pode ser verificado, a variabilidade intra-individual é muito grande, tanto nos indivíduos de sexo feminino quanto nos de sexo masculino. Porém esse fato não exclui a presença de fatores hormonais, entre outros, que possam estar influenciando essa variabilidade.

É importante ressaltar que dentro dessa enorme variabilidade, a atividade NK relativa parece se manter, isto é, quando os vários indivíduos são testados ao mesmo

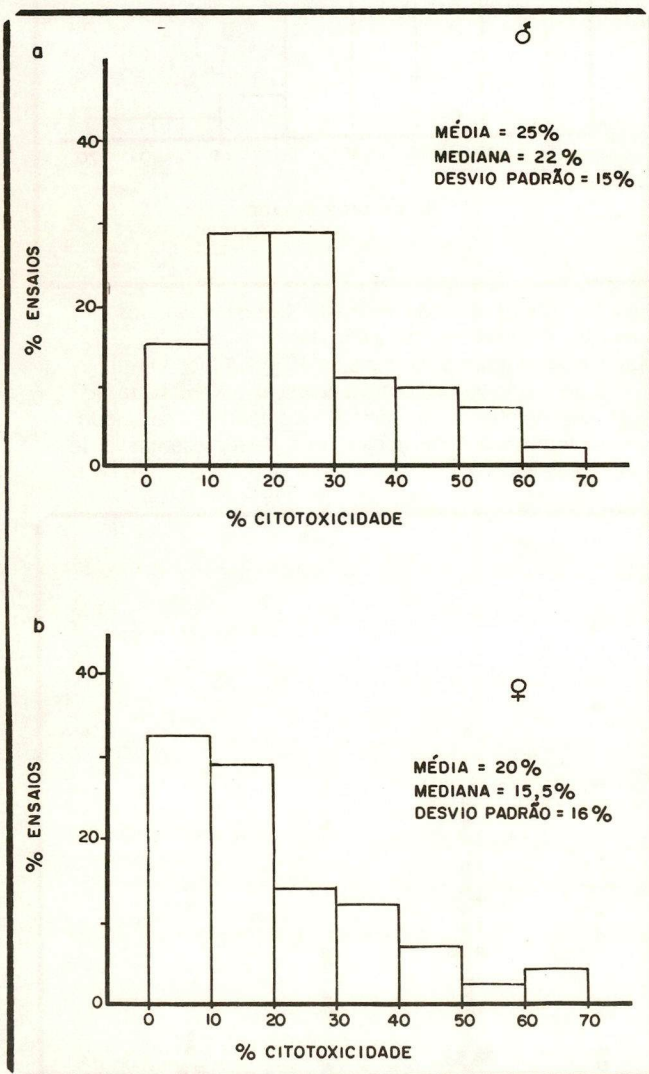


Figura 4 — Distribuição separada de acordo com o sexo do doador, da atividade NK em ensaios de 4 horas de duração.

Células mononucleares totais de 26 homens (Figura 8a) e 14 mulheres (Fig. 8b) foram testadas de 1 a 46 vezes contra a célula-alvo K562 na razão efetora: alvo de 50:1.

Comparando-se estes dados de atividade NK relativos aos ensaios dos homens e das mulheres, não há diferença significativa entre os mesmos, sendo $P > 0,05$ (teste da soma das ordens de Wilcoxon).

tempo, alguns sempre tendem a apresentar uma citotoxicidade maior que outros e vice-versa.

Influência do sexo na atividade NK

As Figuras 4 e 5 mostram os resultados obtidos quando foi comparada a atividade NK em ensaios e indivi-

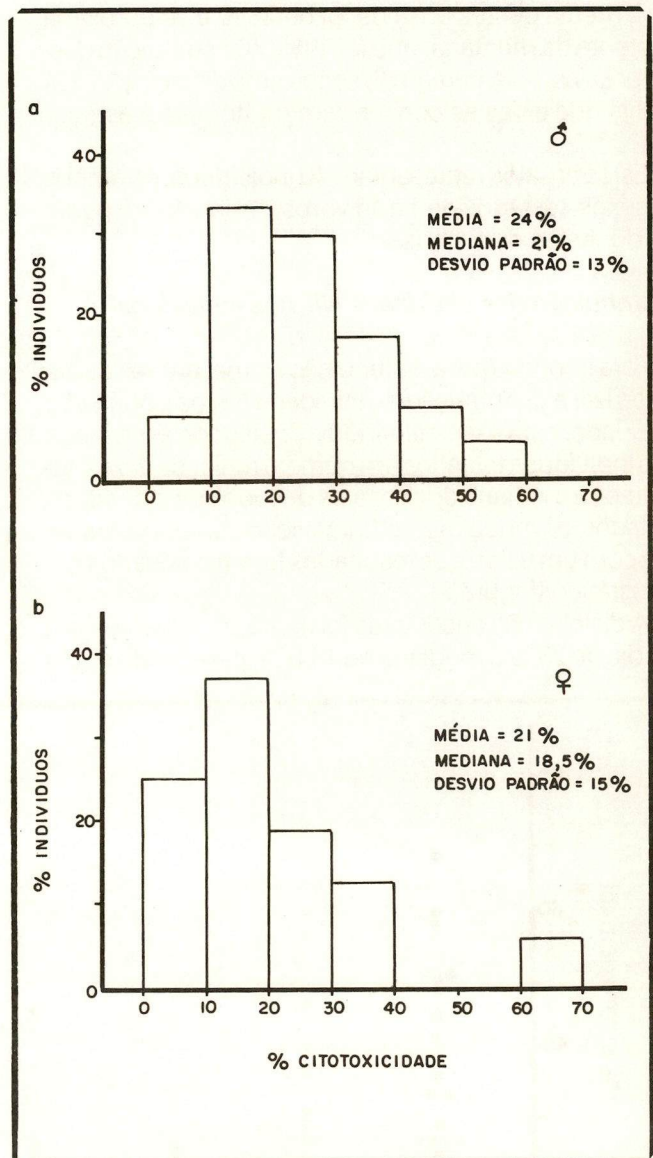


Figura 5 — Distribuição, separada de acordo com o sexo do doador, da atividade NK de vários indivíduos em ensaios de 4 horas de duração.

Células mononucleares totais de 26 homens e 14 mulheres foram testadas de 1 a 46 vezes contra a célula alvo K562 na razão efetora: alvo de 50:1. A mediana desses dados foi calculada para cada indivíduo e utilizada como dado representativo de sua atividade NK, tanto no caso dos homens (Fig. 9a) quanto das mulheres (Fig. 9b).

Comparando-se estes dados de atividade NK relativos às medianas dos ensaios dos homens e das mulheres, não há diferença significativa entre os mesmos, sendo $P > 0,05$ (teste da soma das ordens de Wilcoxon).

duos dos dois sexos. Foram feitos 114 ensaios em 24 indivíduos do sexo masculino, e 107 ensaios em 16 indivíduos do sexo feminino.

Comparando os gráficos de distribuição dessa atividade nos homens e nas mulheres, principalmente no dos ensaios e levando-se em consideração as diferentes medianas, pode parecer, à primeira vista, que os indivíduos de sexo masculino têm atividade NK mais alta que os de sexo feminino. Contudo, não existe diferença significativa entre os dois sexos.

Influência da idade na atividade NK

A Figura 6 mostra os resultados obtidos quando foram testados indivíduos na faixa etária de 21 a 30 anos, 31 a 40, 41 a 50, e de mais de 50 anos. Apesar do pequeno número de indivíduos mais idosos testados, não foi detectada nenhuma diferença significativa entre a atividade NK nas várias faixas etárias.

Discussão

Num dos maiores estudos realizados na literatura, cobrindo 539 indivíduos saudáveis²², Pross e Baines verificaram que a atividade NK não variava com grupo sanguíneo ABO ou Rh, ou com o HLA. No entanto, outros autores encontraram diferenças nesta atividade citotóxica em relação a estes dois últimos parâmetros^{28,29}. No nosso estudo, estes mesmos parâmetros não foram levados em consideração, mas nele incluímos indivíduos de diferentes origens étnicas, com diversos graus de miscigenação. O fator racial foi estudado por outros grupos^{30,31}. Hellstrom e col.³⁰ encontraram uma maior citotoxicidade em linfócitos de indivíduos saudáveis de raça negra em relação aos de raça branca contra uma linhagem de melanoma. No entanto, Oldham e col.³¹, testando a atividade citotóxica de linfócitos de indivíduos normais contra várias linhagens, incluindo uma de melanoma, não verificaram diferença de reatividade

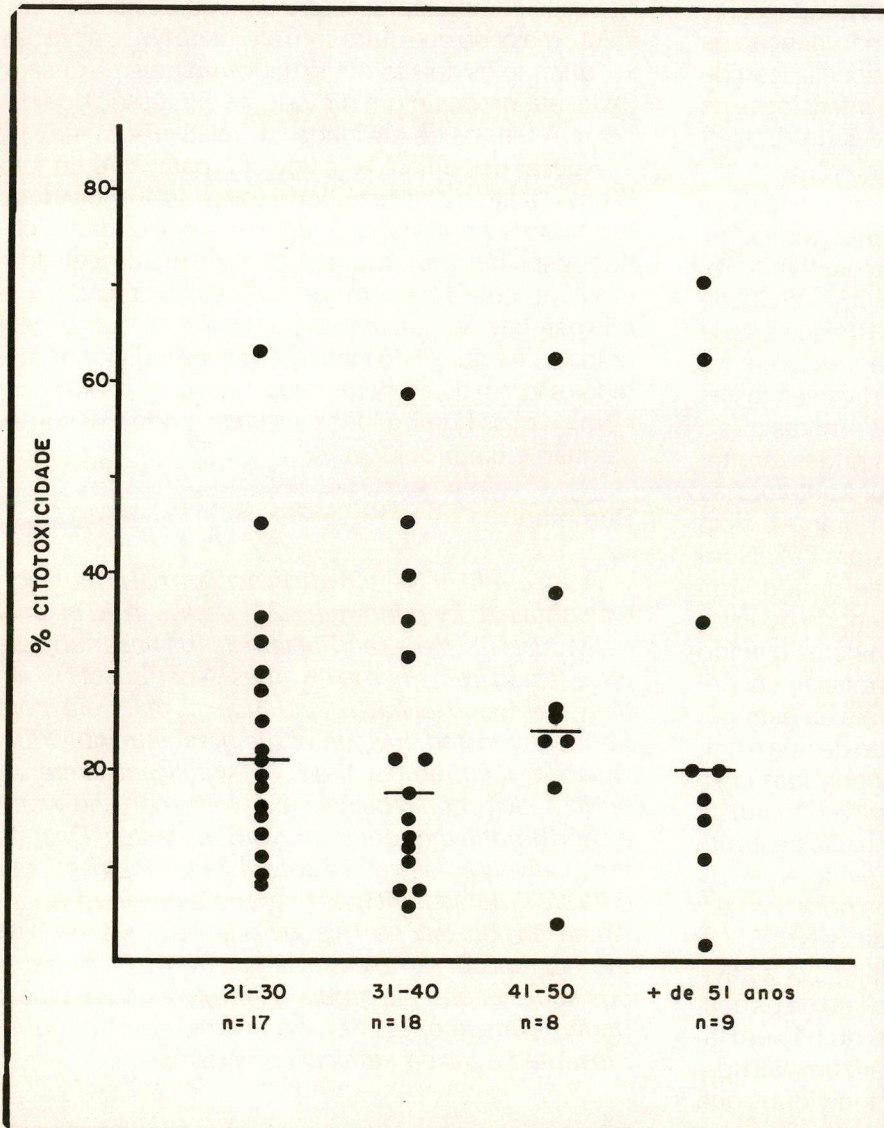


Figura 6 — Distribuição, separada de acordo com a idade do doador, da atividade NK de vários indivíduos em ensaios de 4 horas de duração.

Células mononucleares totais de 49 indivíduos foram testadas de 1 a 46 vezes contra a célula alvo K562 na razão efetora: alvo de 50:1. A mediana desses dados foi calculada para cada indivíduo e utilizada como dado representativo de sua atividade NK. *n* representa o número de indivíduos e a mediana de cada faixa etária está indicada pela linha horizontal.

Comparando-se estes dados de atividade NK relativos às medianas dos ensaios dos indivíduos das diversas faixas etárias, não há diferença significativa entre os mesmos, sendo $P > 0,05$ (teste de Kruskal-Wallis).

de entre as diversas raças. A nossa mostra, por ser relativamente pequena, não nos permite qualquer afirmação a esse respeito.

Nos seres humanos a atividade NK já é detectável nos recém-nascidos, embora a maioria dos autores concorde que, nesses, a atividade NK é bem menor do que nos adultos^{21,22,32}. Esta citotoxicidade parece aumentar durante um período da vida que ainda não se encontra bem estabelecido, havendo discordância entre os diversos autores. No entanto, uma vez atingidos os níveis adultos, estes não tendem a cair permanecendo, segundo alguns autores, inalterados^{20,21,31}, e segundo outros^{22,32,33}, tendendo mesmo a sofrer com a idade um pequeno, mas significativo aumento. Nossos resultados³⁴ se encaixam bem com a literatura. Embora a atividade NK em crianças normais não tenha sido testada e a grande maioria da nossa amostra tenha se concentrado na faixa de 20 a 40 anos, não encontramos nenhuma diminuição com a idade, apesar de nossa amostra acima de 50 anos ter sido muito pequena. Parece, então, que nos seres humanos a manutenção da atividade NK com a idade destrói a racionalização de que o aumento de tumores e doenças infecciosas na velhice possa ser resultado de uma atividade citotóxica natural deficiente²².

Em nosso trabalho, não detectamos diferença significativa entre a atividade NK de homens e mulheres, o que está de acordo com parte da literatura^{20,28,35}. Porém certos autores^{22,29,32} detectaram uma atividade maior nos indivíduos de sexo masculino do que nos de sexo feminino. Embora essa diferença entre homens e mulheres tenha sido encontrada em diversas faixas etárias^{22,32}, foi sugerido por alguns dos autores que a encontraram³², que fatores hormonais pudessem ter alguma influência na atividade NK. Alguns autores não encontraram variação na atividade NK durante o ciclo menstrual³⁶, porém outros a encontraram^{37,38}. Num estudo mais detalhado³⁷, verificou-se uma queda abrupta nesta atividade por volta do período ovulatório, queda esta não encontrada em mulheres usando anticoncepcionais orais. A falta de correlação encontrada pelos mesmos autores entre níveis de estrogênio individuais e atividade NK e o achado de que o hormônio luteínico em concentrações encontradas *in vivo* durante o período ovulatório é capaz de diminuir *in vitro* esta citotoxicidade, além de diminuição desta atividade citotóxica relatada durante a gravidez³⁹, levou à sugestão³⁷ de que outros hormônios poderiam estar envolvidos na modulação da atividade NK.

Um outro fator que talvez possa influenciar a atividade NK em estudos de populações é o fato de os doadores das células efetoras trabalharem ou não em laboratórios. Há autores que demonstraram uma atividade citotóxica natural mais elevada em indivíduos que trabalham nestes ambientes¹, porém outros³¹ já não

encontraram tal correlação. O fato de a maioria de nossos controles normais trabalharem em laboratórios não nos possibilita qualquer afirmação a este respeito.

Em regra geral, os níveis de atividade NK encontrados variam muito de laboratório para laboratório. Isto pode ser explicado por diferenças em técnicas, sensibilidade da célula-alvo (uma mesma linhagem pode variar em sensibilidade de dia para dia) e pela própria maneira de expressar os dados, não se tendo ainda obtido um consenso sobre a maneira mais representativa de apresentação dos mesmos.

A variabilidade do ensaio chega a tal ponto que um mesmo indivíduo pode variar amplamente em sua atividade NK, quando testado em diferentes dias no mesmo laboratório^{22,40}, o que foi igualmente por nós encontrado, embora tal variação não tenha sido descrita por outros autores²⁰. No entanto, apesar de poder existir essa variação intra-individual, a atividade NK se mantém, isto é, um indivíduo com atividade NK relativa alta quase sempre apresentará uma citotoxicidade absoluta maior do que outro com atividade NK relativa baixa, quando os dois forem testados no mesmo ensaio. Já foi até proposto um método de expressão dos dados em termos de atividade NK relativa²².

Apesar das dificuldades de comparação e do fato de nosso estudo haver coberto somente 40 indivíduos testados de 1 a 46 vezes, acreditamos que os dados obtidos espelham razoavelmente o espectro da reatividade NK de indivíduos normais de nossa população, o que não parece diferir de maneira grosseira do que foi descrito na literatura. Isto talvez porque os indivíduos testados são, em geral, membros de uma classe sócio-econômica mais homogênea e elevada, onde a desnutrição não é um problema.

Summary

A spectrum of NK activity in our normal population was obtained by performing 221 essays in 40 normal individuals (26 males and 14 females). These subjects were tested from once to 46 times. A pattern of NK activity was found for each of the subjects that were more frequently tested, in spite of the great intraindividual variability found among them. No significant difference in NK activity could be seen between men and women and among the various age groups tested. Despite the relatively small number of subjects employed, our data are in agreement with those obtained from North-American populations. This coincidence may stem from the fact that our sample was drawn from a homogeneous social-economic group, relatively well-off, where undernourishment is not a problem, even though it presented a mixed ethnical composition.

Referências Bibliográficas

1. Takasugi M, Mickey MR, Terasaki TI — Reactivity of lymphocytes from normal persons on cultured tumor cells. *Cancer Res.* 1973; 33: 3898-3902.
2. Kiesling R, Klein E, Wigzell H — 'Natural' killer cells in the mouse. I. Cytotoxic cells with specificity for mouse Moloney leukemia cells. Specificity and distribution according to genotype. *Eur J Immunol.* 1975; 5: 112-117.
3. Weish RM, Hallenbeck LA — Effect of virus infections on target cell susceptibility to natural killer cell-mediated lysis. *J Immunol.* 1980; 124: 2491-2497.
4. Kirkpatrick CE, Farrel JP — Splenic natural killer-cell activity in mice infected with *Leishmania donovani*. *Cell Immunol.* 1984; 85: 201-214.
5. Wiltrout RH, Herberman RB, Zhang S, Chirigos MA, Ortaldo JR, Green KM, Talmadge JE — Role of organ-associated NK cells in the decreased formation of experimental metastases in lung and liver. *J Immunol.* 1985; 134: 4267-4275.
6. Uchida A, Miskische M — Augmentation of NK cell activity in cancer patients by OK-432: activation of NK cells and reduction of suppressor cells. In: Herberman RB, ed. NK cells and other natural effector cells. New York: Academic Press. 1982; 1303-1308.
7. Abruzzo LY, Rowley DA — Homeostasis of the antibody response: immunoregulation by NK cells. *Science.* 1983; 222: 581-585.
8. Kimata H, Shanadan F, Brogan M, Targan S, Saxon A — Modulation of ongoing human immunoglobulin synthesis by natural killer cells. *Cell Immunol.* 1987; 107: 74-88.
9. Degliantoni G, Murphy M, Kobayashi M, Francis M, Perussia B, Trinchieri G — Natural killer (NK) cell-derived hematopoietic colony-inhibiting activity and NK cytotoxic factor. Relationship with tumor necrosis factor and synergism with immune interferon. *J Exp Med.* 1985; 162: 1512-1530.
10. Hansson M, Kiessling R, Bellin M — Natural killing of hematopoietic cells. In: Herberman RB, ed. NK cells and other natural effector cells. New York: Academic Press. 1982; 33: 1077-1084.
11. Roder JC, Haliotis T, Klein M, Korec S, Jett J, Ortaldo J, Herberman RB, Katz P, Fauci AS — A new immunodeficiency disorder in humans involving NK cells. *Nature* 1980; 284: 553-555.
12. Kirkpatrick CE, Farrel JP — Mechanism of depression of splenic natural killer cell function in C57BL-6 mice infected with *Leishmania donovani*. *Cell Immunol.* 1984; 87: 601-612.
13. Lotzová E — *C. parvum*-mediated suppression of the phenomenon of natural killing and its analysis. In: Herberman RB, ed. Natural cell-mediated immunity against tumors. New York: Academic Press. 1980; 735-752.
14. Son K, Kew M, Rabson AR — Depressed natural killer activity in patients with hepatocellular carcinoma. *In vitro* effects of interferon and levamisole. *Cancer.* 1982; 50: 2820-2825.
15. Tursz T, Dokhelar MC, Lipinski M, Amiel JL — Low natural killer cell activity in patients with malignant lymphoma. *Cancer.* 1982; 50: 2333-2335.
16. Welsh RM, Zinkernagel RM — Heterospecific cytotoxic cell activity induced during the first three days of acute lymphocytic choriomeningitis virus infection in mice. *Nature.* 1977; 268: 646-648.
17. Abe T, Forbes JT, Colley DG — Natural killer cell activity during murine schistosomiasis mansonii. *J Parasitol.* 1983; 69: 1001-1005.
18. Hatcher FM, Kuhn RE — Modulation of natural killer cell activity during murine infection with *Trypanosoma cruzi*. In: Herberman RB, ed. NK cells and other natural effector cells. New York: Academic Press, 1982; 503-509.
19. Kearns RJ, Leu RW — Modulation of natural killer activity in mice following infection with *Listeria monocytogenes*. *Cell Immunol.* 1984; 361-371.
20. Nagel JE, Collins GD, Adler WH — Spontaneous or natural killer cytotoxicity of K562 erythroleukemic cells in normal patients. *Cancer Res.* 1981; 41: 2284-2288.
21. Noble RL, Warren RP — Age-related development of human natural killer cell activity. *New Eng J Med.* 1985; 313: 641-642.
22. Pross HF, Baines MG — Studies of human natural killer cells. I. *In vivo* parameters affecting normal cytotoxic function. *Int J Cancer.* 1982; 29: 383-390.
23. Saxena QB, Saxena RK, Adler WH — Effect of protein calorie malnutrition on levels of natural and inducible cytotoxic activities in mouse spleen cells. *Immunology.* 1984; 727-733.
24. Saxena QB, Saxena RK, Adler WH — Effect of feeding a diet with half of the recommended levels of all vitamins on the natural and inducible levels of cytotoxic activity in mouse spleen cells. *Immunology.* 1984; 52: 41-48.
25. Ferson M, Edwards A, Lind A, Milton FW, Hersey P — Low natural killer-cell activity and immunoglobulin levels associated with smoking in human subjects. *Int J Cancer.* 1979; 23: 603-609.
26. Phillips B, Marshall ME, Brown S, Thompson JS — Effect of smoking on human natural killer cell activity. *Cancer.* 1985; 56: 2789-2792.
27. Saxena QB, Mezey E, Adler WH — Regulation of natural killer activity *in vivo*. II. The effect of alcohol consumption on human peripheral blood natural killer activity. *Int J Cancer.* 1980; 26: 413-417.
28. Hersey P, Edwards A, Trilivas C, Shaw H, Milton GW — Relationship of natural killer-cell activity to Rhesus antigens in man. *Br J Cancer.* 1979; 39: 234-240.
29. Santoli D, Trinchieri G, Zmijewski CM, Koprowski H — HLA-Related control of spontaneous and antibody-dependent cell-mediated cytotoxic activity in humans. *J Immunol.* 1976; 117: 765-770.
30. Hellstrom I, Hellstrom KE, Sjögren HO, Warner GA — Destruction of cultivated melanoma cells by lymphocytes from healthy black (north american negro) donors. *Int J Cancer.* 1973; 11: 116-122.
31. Oldham RK, Djieu JY, Cannon GB, Siwarski D, Herberman RB — Cellular mycrocytotoxicity in human tumor systems: analysis of results. *J Natl Cancer Inst.* 1975; 55: 1305-1318.
32. Abo T, Cooper MD, Balch CM. — Postnatal expansion of the natural killer and killer cell population in humans identified by the monoclonal HNK-1 antibody. *J Exp Med.* 1982; 155: 321-326.
33. Forbes JT, Greco FA, Oldham RK. — Natural cell-mediated cytotoxicity in human tumor patients. In: Herberman RB, ed. Natural cell-mediated immunity against tumors. New York: Academic Press. 1982; 33: 1031-1046.
34. Zalis MG, de La Rocque L, Goulart J, Rumjanek VM — Modulação da atividade "natural killer". Em: Meneghini R, ed. *Biologia de células em cultura.* São Paulo: Publicação ACIESP. 1985; 56-75.
35. Antonelli P, Stewart W, Dupont B — Distribution of natural killer cell activity in peripheral blood, cord blood, thymus, lymph nodes, and spleen and effect of *in vitro* treatment with interferon preparation. *Clin Immunol Immunopathol.* 1981; 19: 161-169.
36. Thvss A, Caldani C, Bourcier C, Benita G, Schneider M — Comparison of natural killer activity during the first and second halves of the menstrual cycle in women. Letter to the editor. *Br J Cancer.* 1984; 50: 127-128.
37. Sulke AN, Jones B, Wood TJ — Variation in natural killer activity in peripheral blood during the menstrual cycle. *Br Med J.* 1985; 290: 884-886.
38. White D, Jones DB, Cooke T, Kirkham N — Natural killer (NK) activity in peripheral blood lymphocytes of patients with benign and malignant breast disease. *Br J Cancer.* 1982; 46: 611-616.
39. Baley JD, Schacter BZ — Mechanism of diminished natural killer cell activity in pregnant women and neonates. *J Immunol.* 1985; 134: 3042-3047.
40. Rosenberg EB, Mc Coy JL, Green SS, Donnelly FC, Siwarski DF, Levine PH, Herberman RB — Destruction of human lymphoid tissue-culture cell lines by human peripheral lymphocytes in ⁵¹Cr-release Cellular cytotoxicity assays. *J Natl Cancer Inst.* 1974; 52: 345-352.

Gastos Não Médicos de Pacientes com Câncer

EDMUNDO CARVALHO MAUAD^{1,4}, GERSON MUCILLO², MIGUEL A. GONÇALVES¹, JOSÉ ELIAS A. MIZIARA¹, DOMINGOS BOLDRINI¹, PAULO PRATA³

Hospital São Judas Tadeu — Fundação PIO XII — Barretos, SP

Resumo

Os autores, preocupados com gastos não médicos como transporte, alimentação, hospedagem, etc., de pacientes com câncer nos seus deslocamentos até o Hospital São Judas Tadeu, Barretos, SP, resolveram fazer um estudo deste problema.

Um questionário foi aplicado a 114 pacientes que faziam quimioterapia ambulatorialmente, no período de janeiro a maio de 1985. A análise mostrou que os gastos relativos com transporte, alimentação e perda do dia de trabalho foram respectivamente de 80%, 11% e 9%.

Os fatores que mais influenciaram estes resultados foram diferentes distâncias da residência do paciente ao Hospital e diferentes meios de transporte. Concluiu-se, também, que os pacientes com baixa renda mensal apresentavam despesas aproximadamente iguais aos de alta renda.

Considerando os sofrimentos do paciente com câncer e de seus familiares, além da alta significância dos gastos encontrados, a situação requer maior atenção dos Órgãos governamentais competentes.

Unitermos: *pacientes com câncer; gastos não médicos; atendimento ambulatorial*

Introdução

O diagnóstico e o tratamento do paciente com câncer leva a consideráveis transtornos na sua vida e de seus familiares^{1,2,3}. Esses transtornos provocam alterações psíquicas, sociais e financeiras.

Segundo vários autores, o problema financeiro decorrente da doença pode ser catastrófico para o paciente, a família e a sociedade em geral⁴⁻⁸.

Somente no ano de 1976, 15 bilhões de dólares foram gastos nos Estados Unidos para tratamento do câncer⁹. Isso representava na época um sexto dos gastos totais em saúde naquele país¹⁰.

Um aspecto desse problema financeiro que tem recebido pouca atenção se refere a gastos não médicos, tais como: despesas do paciente com transporte, alimentação, perda do dia de trabalho, hospedagem e outros gastos nas suas vindas ao Hospital.

Lansky e col.¹⁰ ao estudarem esse problema concluíram que mais de 50% das famílias envolvidas estavam empenhando além de 25% dos gastos semanais com despesas não médicas.

Resultados semelhantes foram encontrados por pesquisadores ingleses¹¹. Esses dois trabalhos foram feitos somente com crianças portadoras de câncer.

Devido à semelhança com essa realidade relatada pelos pacientes atendidos no ambulatório de quimio-

terapia resolveu-se fazer um teste piloto com 11 pacientes e constatou-se que 8 deles ganhavam menos de 15 OTN mensal; 4 gastavam de 20 a 32% da renda mensal em despesas não médicas; e 7 desconheciam o direito de ajuda dessas despesas pelo INAMPS.

Considerando o resultado desse estudo piloto, a ausência de literatura no Brasil a esse respeito, e o grande número de pacientes com câncer envolvidos (369.769 diagnósticos histopatológicos notificados ao Registro Nacional de Patologia Tumoral referentes ao período de 1976 — 1980)¹² julgou-se necessário realizar esse trabalho.

Material e métodos

Foram estudados pacientes que fazem quimioterapia em regime ambulatorial no Hospital São Judas Tadeu da Fundação Pio XII. Este é um Hospital especializado em oncologia, localizado na cidade de Barretos, norte do Estado de São Paulo a 425km da Capital, sendo um dos Hospitais pertencentes ao Sistema Integrado de Combate ao Câncer (SICC). É, portanto, um centro de referência regional para tratamento oncológico.

Estudamos todos os casos tratados no referido ambulatório no período de janeiro a maio de 1985, totalizando 114 pacientes. Desses, 108 vieram de 44 cidades vizinhas, de pequeno e médio porte; 4 vieram de

Minas Gerais; 1 veio de Mato Grosso; 1 do Paraná. Todos foram encaminhados por médicos que atendem a essas regiões.

Havia 107 pacientes de convênio com o INAMPS, 3 com o Funrural, 3 com o IAMSPE e 1 com a Prefeitura de uma cidade próxima.

Este trabalho foi realizado através de um questionário, que era preenchido pelo médico, com informações obtidas com o paciente e acompanhantes, incluindo dados como:

- 1 — Renda familiar mensal (do paciente e das pessoas que contribuíram com a despesa da casa).
- 2 — Distância da residência do paciente até este Hospital.
- 3 — O tipo de convênio do paciente, e se era conveniado do INAMPS, se recebia ajuda de custos para transporte e alimentação daquele órgão.
- 4 — Transporte (despesas com transporte de viagem até este Hospital, meio utilizado, número de acompanhantes e tempo de viagem).
- 5 — Alimentação (foram incluídos somente os gastos com refeições na vinda ao Hospital, excluídos os gastos com lanches preparados na residência e trazidos na viagem).
- 6 — Outras despesas (perda do dia de trabalho do paciente e/ou acompanhante, telefone e hospedagem).

Os pacientes que recebiam ajuda de custo do INAMPS tinham os referidos valores conferidos pela agência do INAMPS local.

As distâncias das cidades ao Hospital, referidas pelos pacientes, foram também conferidas pelo IBGE local.

Para cada item de despesa referida foi computada a média, o intervalo e o desvio padrão.

A análise estatística aplicada baseou-se em testes não paramétricos — Teste Kruskal - Wallis com comparações múltiplas¹³. O nível de significância adotado foi igual a 0,05.

Resultados

Todos os 114 pacientes concordaram em participar do trabalho. A população estudada era constituída de 64% de pacientes do sexo feminino. A idade variou de 2 a 80 anos com idade média em torno de 53 (18% abaixo de 40, 48% entre 40 e 60 e 34% acima de 60 anos). Quanto à procedência dos pacientes, 79% pertenciam à zona urbana enquanto 21% à zona rural. Cinquenta e seis por cento possuíam curso primário, 40% eram analfabetos e somente 4% possuíam outro tipo de escolaridade. A maioria das pacientes eram casadas (72%). Em relação à profissão: 52% eram do lar, 12% lavradores (as) e o restante pertencia a várias profissões com taxas percentuais menores que 5% cada.

A renda familiar mensal teve a seguinte distribuição:

22% recebiam menos que 7,5 OTN, 26% entre 7,5 a 15 OTN, 20% entre 15 a 22,5 OTN, 25% entre 22,5 a 37,5 OTN, enquanto somente 7% recebiam acima de 37,5 OTN. O valor da OTN em maio de 1988 era de Cz\$ 1.135,27.

A distância da residência até o Hospital variou de 20 a 1.000km, com uma distância média de 157km e o tempo de viagem teve sua variação de 20 a 1.560 minutos, com uma duração média de 154 minutos.

Quarenta e dois por cento utilizaram o ônibus como meio de transporte, 34% carro, 22% ambulância e 2% outros meios (táxi, carona).

Foram diagnosticadas 37% de pacientes com câncer de mama, 13% de cabeça e pescoço, 8% de linfoma, 6% de estômago e 36% de outros tipos de câncer, com taxas percentuais menores que 5% cada. Os pacientes vinham freqüentemente com 1 acompanhante (69%) que, na maioria das vezes, era familiar, e somente (11%) vinham desacompanhados.

Os maiores gastos referentes a despesas não médicas nas famílias foram: em transporte, alimentação e perda do dia de trabalho. Embora a variação encontrada nesses gastos tenha sido grande, o transporte foi responsável pela maioria das despesas.

Dos que tiveram gastos com transporte (84%) a média foi de 2,09 OTN, variando de 0,22 OTN a 13,82 OTN. Em 16% dos casos não houve gastos com transporte por terem sido utilizadas ambulâncias das cidades atendidas, com despesas de combustível pagas pelas Prefeituras. O gasto relativo dos pacientes com transporte foi de 80%.

Sessenta e seis pacientes (58%) gastavam com alimentação em média 0,41 OTN, variando de 0,05 OTN a 2,3 OTN. O gasto relativo dos pacientes com alimentação foi de 11%. Quarenta e dois por cento dos pacientes não tiveram qualquer despesa com alimentação na viagem.

Vinte e cinco por cento dos pacientes tiveram perda do dia de trabalho com média de 0,64 OTN, variando de 0,15 a 1,89 OTN. O gasto relativo dos pacientes com perda do dia de trabalho foi de 9%.

Dois fatores influenciaram substancialmente os gastos totais: diferentes distâncias da residência do paciente ao Hospital e os diferentes meios de transporte (carro, ônibus ou ambulância).

Um outro resultado encontrado foi que 41% dos pacientes não tinham qualquer ajuda de custo do INAMPS, mesmo sendo conveniados deste órgão.

Outro resultado ainda foi o de gastos totais não médicos não estarem relacionados diretamente com a renda familiar. Isto significa que não encontramos diferença significativa nos gastos totais se compararmos o grupo de pacientes que ganhava até 7,5 OTN com qualquer outro grupo de maior renda mensal, inclusive comparando também com o grupo que ganhava mais de 30 OTN (Figura 1).

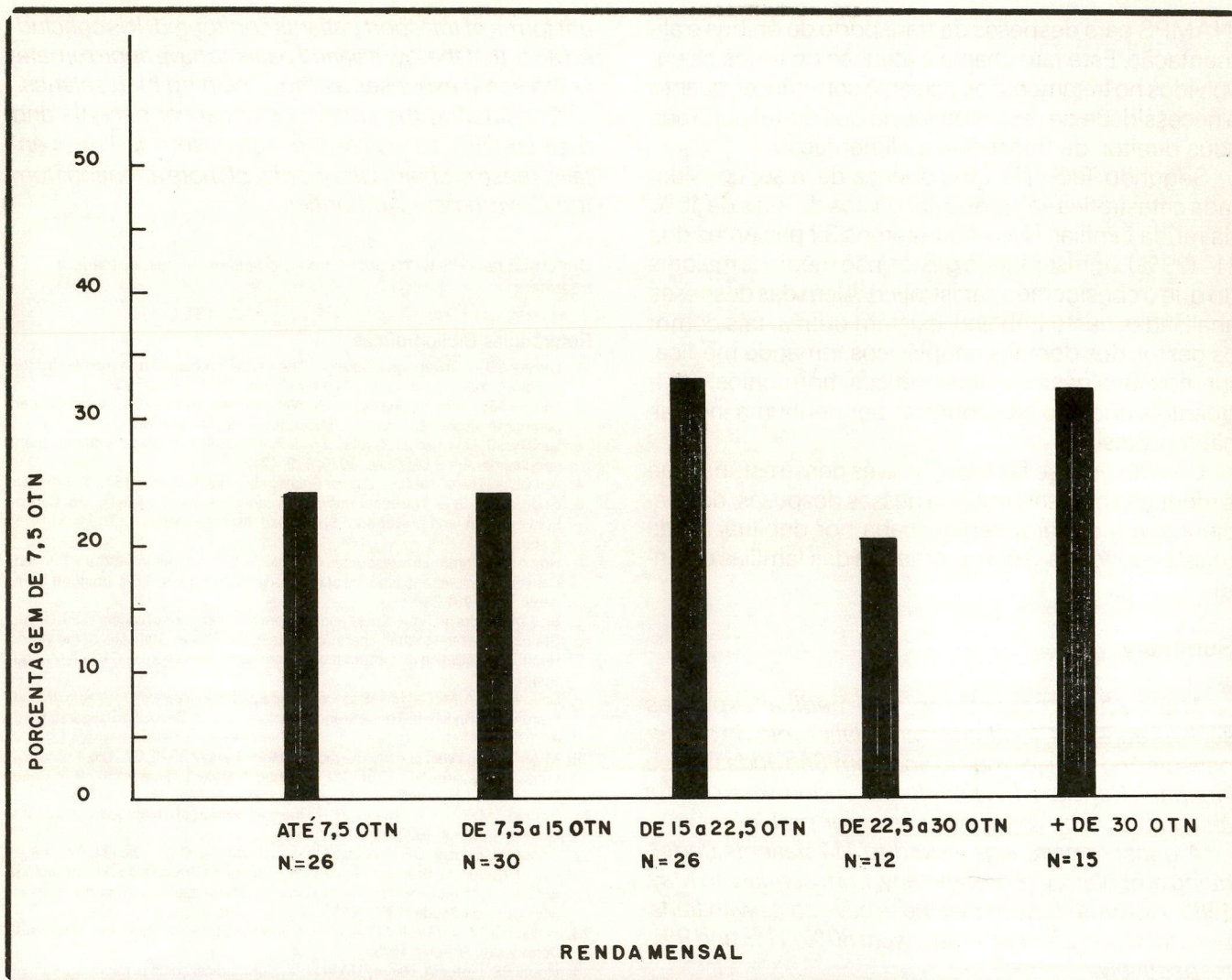


Figura 1 — Porcentagem em relação a 7,5 OTN dos gastos totais dos pacientes por viagem em função da renda familiar mensal.

N = Número de pacientes

Nota — A porcentagem apresentada é calculada em função do gasto médio por viagem. 7,5 OTN \approx 1 Piso Salarial Nacional (5/88).

Discussão

Desde 1968, quando foi criado em Barretos o primeiro Hospital de Câncer do interior do Estado de São Paulo, um problema que se apresentava freqüentemente, era a dificuldade financeira referida pelos pacientes durante o tratamento. Este problema se torna realmente relevante quando confrontamos com o tipo de população atendida neste Hospital (68% dos pacientes estudados ganhavam até 22,5 OTN). Além deste fato também foi observado um baixo grau de escolaridade (40% de analfabetos).

Muitos dos achados neste estudo são semelhantes aos encontrados por Houts e col.¹⁴. Nos dois trabalhos, transporte e alimentação são responsáveis pela maioria das despesas. Outros resultados semelhantes foram:

1 — Verificou-se uma grande variação dos gastos não médicos referidos pelos pacientes e familiares, havendo pacientes que não tiveram nenhum gasto e outros que gastaram até 13,82 OTN.

2 — As despesas não médicas foram substanciais para grande parte da população estudada e os pacientes de baixa renda mensal apresentavam gastos aproximadamente iguais aos de renda mais alta. Isto significa que o ônus financeiro é proporcionalmente maior na população que ganha menos.

Constatamos que 41% dos pacientes não receberam nenhuma ajuda de custos para transporte e alimentação do INAMPS, por desconhecerem a existência dessa ajuda. Essa ajuda de custo é concedida quando os pacientes são portadores do pedido de Tratamento Fora do Domicílio e corresponde a uma verba dada pelo

INAMPS para despesas de transporte de ônibus e alimentação. Este fato chama a atenção de todos os envolvidos no tratamento de paciente com câncer, quanto à necessidade de esclarecê-los no que diz respeito aos seus direitos de transporte e alimentação.

Segundo Tucker¹⁵, uma doença deve ser considerada catastrófica se apresentar gastos de mais de 15% da renda familiar. Nós encontramos 33 pacientes dos 114 (29%), apresentando gastos não médicos maiores do que o considerado catastrófico. Além das despesas analisadas neste trabalho, existem outras, tais como: os gastos dos doentes neoplásicos tomando medicamentos (analgésicos, antieméticos, hormônios, etc.), quantias que não são cobertas por nenhuma instituição no Brasil.

Conveniente se faz frisar, através desse estudo, que a repetição mensal contínua dessas despesas, dos pacientes em quimioterapia, acaba por debilitar ainda mais a economia já comprometida das famílias carentes.

Summary

The authors, considering non-medical expenses such as transport, food, accommodation, etc., in cancer patients and their journey to and from São Judas Tadeu Hospital, Barretos, SP, decided to undertake a careful research concerning these particular problems.

A questionnaire was issued to 114 patients undergoing ambulatory chemotherapy, from January to May, 1985. Analysis showed that the relative costs with transport, food and a lost workday, were 80%, 11% and 9%, respectively.

The factors that most influenced these results were different distances from home to Hospital, and differ-

ent forms of transport patients confronted. It is concluded also, that the low salaried patients have approximately the same expenses as those earning high salaries.

Considering the sufferings of cancer patients and their families, as well as the high costs this illness entails, these problems are worthy of more attention from the Government Authorities.

Uniterms: *patients with cancer; non-medical expenses; outpatient treatment*

Referências Bibliográficas

1. Lansky SB — Childhood Leukemia: The Child Psychiatrist as a member of the oncology team. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1974; 13: 499-508.
2. Lansky SB, Cairns NU, Hassanein R, Wehr J, Lowman JT — Childhood Cancer: parenteral discord and divorce. *Pediatrics*. 1978; 62: 184-188.
3. Lansky SB, Lowman JT, Gyulay J — School phobia in Children with malignant neoplasms. *Am J Dis Child*. 1975; 129: 42-46.
4. Abt CC — The social cost. *Cancer Social Indicators Research*. 1975; 2: 175-190.
5. Hodgson TA Jr — The economic cost of cancer. In Shottenfeld D., (ed) *Cancer Epidemiology and prevention*. Springfield, Illinois, Charles C. Thomas. 1975; 29-59.
6. Hoy AS — Community resources for patients with cancer. In DeVita VT Jr. (ed) *Cancer, principles and practice of oncology*. Philadelphia, J.B. Lippincott Company. 1982, 291-297.
7. Rice DP, Hodgson TA — Social and economic implications of cancer in the United States. Presented to the Expert Committee. On Cancer Statistics of the World Health Organization and International Agency for Research on Cancer, Madrid, Spain, 1978.
8. Scitovsky AA, McCall N — Economic impact of breast cancer, In: Vaeth JM (ed) *Frontiers of Radiation Therapy and Oncology*, Vol. II, Basel, Switzerland, Karger. 1976; 90-101.
9. Miller DG — What is early diagnosis doing? *Cancer* 1976; 37: 426-432.
10. Lansky SB, Cairns NU, Clark GM, Lowman J, Miller L, Trueworthy R — Childhood cancer: Nonmedical Costs of the illness. *Cancer*. 1979; 43: 403-408.
11. Bodkin CM, Pigott TJ, Mann JR — Financial Burden of Childhood Cancer. *British Med Journal*. 1982; 284: 1542-1544.
12. Torloni H, Henson DE, Gottlieb SLD, Souza JMP — Organização e Apresentação de Dados. In: Brumini R (ed) e cols.: *Câncer no Brasil Dados Histopatológicos*, Vol. 1, 1.ª (ed), Rio de Janeiro, Campanha Nacional de Combate ao Câncer, Ministério da Saúde. 1982, XVII.
13. Hollander M and Wolf AD — *Nonparametric Statistical methods*. New York: John Wiley & Sons. 1973.
14. Houts PS, Lipton A, Harvey HA et al. — Nonmedical costs to patients and their families associated with Outpatient Chemotherapy. *Cancer*. 1984; 53: 2388-2392.
15. Tucker MA — Effect of heavy medical expenditures on low income families. *Public Health Rep*. 1970; 85: 419-425.

RESUMOS DAS CONFERÊNCIAS DO XI CONGRESSO BRASILEIRO DE CANCEROLOGIA

1ª Parte

Florianópolis, Santa Catarina
Novembro — 1987

RESUMO 1

SARCOMA DE KAPOSÍ — EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE

Morais de Sá C.A., Dias M.G., Pacheco R.G., Sion F.S., Lacerda M.C.R. e Miguez L.A.

São estudados 22 pacientes portadores de SIDA com Sarcoma de Kaposi em uma população de 267 pacientes anti-HIV positivos. Nestes 22 pacientes, todos do sexo masculino, 13 apresentavam preferência homossexual e 9 bissexual. A principal forma de comprometimento foi o cutâneo, presente em 19 pacientes seguido do linfonodo em 9, digestivo em 5, geniturinário em 2, pulmão em 2 e cérebro em 1, dados estes obtidos por avaliação clínica e necrópsia, sendo a 1.^a forma de avaliação a mais freqüente. Somente 4 pacientes apresentavam Sarcoma de Kaposi sem infecção oportunista, destas a mais freqüente nos outros 18 pacientes foi candidíase.

Evolutivamente os pacientes reatores aos testes cutâneos apresentavam a menor incidência de infecções oportunistas. A relação T4/T8 não mostrou correlação com a evolução dos pacientes. A sobrevivência proporcional cumulativa pela curva de Cutler-Ederer em pacientes de Sarcoma de Kaposi com ou sem infecção oportunista foi de $25 \pm 10\%$ enquanto que nos de Sarcoma de Kaposi com infecção oportunista foi de $7 \pm 0,7\%$.

Várias formas de tratamento como BCG intralesional, radioterapia, quimioterapia e Interferon foram realizados, sendo este último a forma de tratamento preferencial em 6 pacientes. As respostas obtidas foram 1 com remissão completa, 2 remissões parciais (RP) maior que 50%, 2 com RP menor que 50% e 1 com progressão. Os efeitos colaterais principais foram hipertermia, mialgia e cefaléia.

RESUMO 2

DETERMINAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES POR HIV NOS PACIENTES AMBULATORIAIS DO SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA — RESULTADOS PRELIMINARES

Morioka H., Vieira A., de Bellis N., Machado J.C., Buccheri V., Moraes R.S.P. e Tomishige H.M.

Hospital A.C. Camargo — FAP — São Paulo-SP

Foram avaliados 187 pacientes ambulatoriais do Serviço de Clínica Médica em vigência ou não de tratamento como os casos novos triados independente do tipo de patologia neoplásica, idade, sexo, raça ou terapêutica que foram submetidos ao teste de ELISA no período de maio a julho de 1987.

Cento e dezessete pacientes do sexo masculino e 70 do sexo feminino com idade variando de 16 a 89 anos foram avaliados. Oito pacientes tinham 2.^a neoplasia. Considerando-se os riscos para AIDS tivemos: 115 sem antecedentes, 4 homossexuais, 3 toxicômanos, 62 hemotransfundidos, 1 homossexual e hemotransfundido e 2 desconhecidos.

As seguintes conclusões foram obtidas deste estudo:

- a prevalência de infecções por HIV no estudo atual foi de 6,4% (12 pacientes num total de 187 pacientes).
- houve uma associação estatisticamente significativa entre o sexo e o resultado sorológico.
- pacientes com 2.^a neoplasia tiveram uma porcentagem maior de resultados positivos em relação aos demais pacientes do estudo. Esta diferença foi altamente significativa.
- o risco de se ter uma sorologia positiva foi quase 5 vezes maior entre os pacientes que tiveram 5 ou mais hemotransfusões.

RESUMO 3

O CONCEITO DE IMUNOVIGILÂNCIA ANTINEOPLÁSICA E A SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

Morais de Sá C.A., Miguez L.A., Lacerda M.C.R., Pacheco R.G. e Sion F.S.

O conceito de vigilância imunológica de Ehrlich, Burnet e Thomas admite que células neoplásicas aparecem em tecidos normais com enorme frequência, mas seriam continuamente eliminadas por um sistema de vigilância que dependeria da imunidade celular timodependente. A inexistência de neoplasia maligna espontânea em camundongos atímicos durante sobrevivência normal bem como a raríssima ocorrência de processos malignos, no homem portador de processos mórbidos ligados a deficiência imunológica como hanseníase, sarcoidose, contradiz a teoria da Vigilância Imunológica.

A SIDA apresenta-se como um modelo biológico para uma melhor avaliação do processo imunológico no surgimento e/ou repressão dos processos malignos, foram portanto estudados a incidência de neoplasias malignas nos 296 pacientes positivos para anti-HIV nos vários estágios do desenvolvimento do processo de imunodeficiência.

A presença de 22 pacientes com Sarcoma de Kaposi e um paciente com linfoma sugere aos autores que a imunidade celular, à semelhança do que ocorre em outras doenças, não se encaixa como mecanismo de vigilância antitumoral. A preponderância de infecções nos processos de imunodeficiência sugere a presença de um tipo de capacidade imunológica anti-infecciosa e não antitumoral.

RESUMO 4

CARCINOMA DO LARINGE — ANÁLISE DOS RESULTADOS DE 57 PACIENTES, ESTÁDIOS III E IV, TRATADOS COM CIRURGIA E RADIOTERAPIA RADICAIS

Francisco Rêgo Vieira, Luis Souhami, Jacob Kligerman e Marcos André de Sarvat

No período de janeiro de 1981 a dezembro de 1983, 57 pacientes matriculados no Instituto Nacional de Câncer com carcinoma avançado do laringe foram tratados com cirurgia e radioterapia radicais. A região supraglótica foi a mais comumente atingida. A taxa de controle local foi de 79% e a sobrevivência atuarial em 5 anos foi de 55%. Dez pacientes (17,5%) falharam à distância. O significado prognóstico do estágio T, comprometimento nodal, margens cirúrgicas e tempo decorrido entre a cirurgia e o início da radioterapia foi avaliado. Nenhum desses fatores influenciou no controle loco-regional, mas os tumores N2 apresentaram pior sobrevivência quando comparados aos NO (36% vs 76%; $p = 0,02$). Os achados desse estudo sugerem que a abordagem cirúrgica inicial deva ser mais conservadora e que a dissecação radical do pescoço não parece favorecer o controle local nem reduzir a mortalidade.

RESUMO 5

RADIOTERAPIA NOS TUMORES DO RINOFARINGE

Schlupp W.R., Faria S.L. e Cunha L.M.

Centro de Oncologia Campinas (COC) — Campinas-SP — Rua Alberto de Salvo, 311

No período entre janeiro de 1978 e dezembro de 1985, 34 pacientes com diagnóstico histológico de neoplasia maligna do rinofaringe foram irradiados com intenção curativa, no Centro de Oncologia Campinas (COC). A idade dos pacientes variou de 13 a 84 anos, média de 51 anos e mediana de 52 anos. A relação entre os sexos foi de 5,8:1 (M:F). Os sinais e sintomas mais

freqüentes foram linfonodos cervicais (80% tinham gânglios palpáveis na 1.^a consulta), seguidos de obstrução nasal, hipoacusia e epistaxe.

Pelos critérios da UICC foram assim estadiados: ECI = 1 pte.; ECII = 1 pte.; ECIII = 10 ptes.; ECIV = 22 ptes. A maioria dos pacientes foi NO ou N1, mas 71% (24/34) tinham tumor primário avançado (T3 e T4). Todos foram irradiados com megavoltagem — CO-60, complementações com fótons 25 MV (Tu primário) e elétrons (linfonodos) em frações diárias de 1,8-2,0 Gy e dose total de 50 a 78 Gy, através de campos cérvico-faciais bilaterais e campo cervical anterior.

Com um "follow-up" mínimo de 16 meses, 12 ptes. encontram-se vivos sem doença (35%) e 4 faleceram por doença intercorrente (3 sem tumor). As sobrevidas global e livre de doença em 50 meses foram de 46% e 36%, respectivamente. Dos 34 ptes., 23 (68%) obtiveram resposta local completa. O índice de recidiva local foi de 26%. Falha a distância foi observada em 24%. Apesar da alta taxa de respostas completas obtidas, a pouca influência que isso exerceu na curva de sobrevida e o número elevado de metástase a distância nos levam a concluir pela necessidade de um estudo randomizado sobre associação de quimioterapia sistêmica à radioterapia no tratamento desses tumores.

RESUMO 6

BRAQUITERAPIA COM MOLDE ESPONJOSO EM CABEÇA E PESCOÇO (TÉCNICA ORIGINAL)

Novaes P.E.R.S., Pereira A.J., Lins J.R.B. e Peres O.

A braquiterapia com moldes radiativos é de grande utilidade terapêutica porém nem sempre factível pelas dificuldades de confecção de um aplicador que se adapte perfeitamente às alterações anatômicas produzidas pelo crescimento tumoral ou pela mutilação de cirurgias alargadas. Os autores apresentam a experiência do Serviço de Braquiterapia do Departamento de Radioterapia do Hospital A.C. Camargo com a utilização do material esponjoso de silicone ("Silastic Foam Dressing") na confecção de próteses radiativas para leitos cirúrgicos no território da cabeça e pescoço.

Trata-se de substância utilizada primariamente como auxiliar na cicatrização de áreas cruentas mas que se adapta com perfeição às alterações anatômicas da área onde aplicada adquirindo consistência esponjosa. O material é aplicado em estado líquido e adquire consistência esponjosa com o uso de catalisador, em poucos segundos, resultando uma prótese firme, leve, lavável, que reproduz com exatidão a área moldada e permite a introdução em seu interior de fontes radiativas, podendo então ser utilizada como instrumento para braquiterapia.

RESUMO 7

CARCINOMA FARINGOLARÍNGEO AVANÇADO — RESULTADOS

Severino Cortizo e Aldo do Valle

São analisados 18 (dezoito) casos de carcinoma epidermóide faringolaríngeo avançado, com estadiamento T4.

Foi utilizado o esvaziamento cervical modificado, uni ou bilateral, quando necessário. A reconstrução, presente em todos os casos, se fez às expensas de retalho deltopeitoral, uni ou bilateral. Retalhos outros e enxertos também foram associados quando necessário.

Decorridos dois anos de "follow-up" nem mesmo um só, dos dezoito pacientes, sobreviveu.

A grande maioria (treze) alcançou óbito em consequência da recidiva na área primitiva com disseminação da doença e caquexia. Salienta-se, apenas em cinco casos, recidiva inicial da doença no pescoço e, nesses todos, onde o esvaziamento radical tinha sido efetuado. Os AA consideram a

demora do início da radioterapia como uma das causas da sobrevida tão exígua. Avaliam, ainda, a má qualidade de vida que foram portadores todos os pacientes em questão.

Questionam seriamente a validade do procedimento utilizado, considerando o alto custo do tratamento, internamentos prolongados, hiperalimentação, medicamentos dispendiosos, complicações, cirurgias em várias etapas, demora no início da radioterapia e a má qualidade de sobrevida dos pacientes.

Concluem como insatisfatórios os resultados.

RESUMO 8

CARCINOMA ANAPLÁSICO DA TIREÓIDE

Geraldo Matos de Sá, Walber Matos Jurema, Afonso Henrique de Moraes e
Elizabeth Carvalho Alves

Hospital Mário Kroeff (HMK) — Rio de Janeiro-RJ

Após a revisão da casuística do HMK, no período de 1975/1985, no que refere-se à patologia tireoidiana foram encontrados 22 casos de câncer.

Chamou a atenção nesta revisão, a presença de dois casos de carcinoma indiferenciado, que em vista de suas características histológicas (HE, histoquímica, microscopia eletrônica), foram considerados anaplásicos. O comportamento clínico de ambos, bem como os aspectos diagnósticos e de tratamento são mostrados, chamando atenção para a sobrevida de 4,5 e 8 anos respectivamente, fato que originou o presente trabalho.

RESUMO 9

TRATAMENTO DE TUMORES DE HIPOFARINGE E ESÔFAGO CERVICAL COM FARINGO-LARINGO-ESOFAGECTOMIA TOTAL TRANSMEDIASTINAL

Martins AS, Tincani AJ e Kellesli MI

Departamento de Cirurgia — Unicamp — Campinas

Os autores apresentam dez casos de tumores de hipofaringe e esôfago cervical, submetidos à faringo-larino-esofagectomias totais com transposição gástrica transmediastinal posterior e anastomose faringogástrica, operados entre outubro de 1985 e setembro de 1987.

Sete destes pacientes possuíam carcinomas de esôfago cervical ou envolviam esôfago cervical secundariamente e 3 eram pacientes com tumores primários da região retro-cricóide e sêio piriforme.

Em todos os pacientes a filosofia básica de tratamento foi de cirurgia com reconstrução imediata da continuidade alimentar visando palição e cura ocasional.

Os autores discutem os aspectos técnicos da cirurgia, resultados preliminares, morbidade e mortalidade pós-operatória e fazem uma comparação com a literatura mundial.

RESUMO 10

RISK FACTORS FOR ORAL AND OROPHARYNGEAL CANCERS: A CASE-CONTROL STUDY

E.L. Franco, L.P. Kowalski, M.P. Curado, B.V. Oliveira, N. Campos-Filho e H. Torloni

Ludwig Institute for Cancer Research, Hospital Heliópolis, Hospital Araújo Jorge,
Hospital Erasto Gaertner

A case-control study was conducted in 3 metropolitan areas to investigate the risk factors that could be responsible for the high rates of oral cancers in Brazil. Cases (N = 116) were patients with newly diagnosed epithelial tumors of the oral cavity or oropharynx admitted in cancer hospitals in São Paulo, Goiânia, and Curitiba. Controls (N = 232) were inpatients with non-neoplastic diseases in institutions at the same hospital catchment areas as those of cases. Cases and controls were matched on sex, five-year age group, and trimester of admission. Relative risks (RR) with their 95% confidence intervals (CI) were estimated for all exposure variables obtained through standardized interviews. Adjusted RRs while controlling for confounding factors were obtained by logistic regression. The strongest risk factors were represented by tobacco consumption (RR = 10.6, ever x never, CI: 3.3-54.2) and drinking of alcoholic beverages (RR = 2.7, ever x never, CI: 1.2-7.0). There were strong dose-risk relationships when these 2 variables were analyzed as numbers of pack-years and lifetime alcohol consumption in grams. The effect of time since smoking cessation was evident. Current smokers had 13.7 times the risk of never smokers (CI: 4.2-69.9), whereas ex-smokers who had stopped during the last 10 years had this excess risk decreased to 5.3 (CI: 1.2-31.7), and ex-smokers for more than 10 years had a comparable risk to that of never smokers (RR = 0.8, CI: 0.1-10.3). Significantly elevated risks after controlling for income, drinking and smoking habits were also observed for heavy consumption of pepper (RR = 2.0, CI: 1.0-3.8), and coffee (more than 5 cups/day) (RR = 2.2, CI: 1.2-4.1). A non-significant excess risk was observed for housing-type asbestos exposure (RR = 2.9, CI: 0.8-10.5) after adjustment by the above variables.

RESUMO 11

A mutilação, quer anatômica ou funcional, é uma constante na Cirurgia de Cabeça e Pescoço, em consequência infortunada do estágio avançado dos tumores, por ocasião do tratamento. Além dos aspectos psicológicos que envolvem a AUTO-IMAGEM, em todo o seu contexto, há basicamente a se considerar, o restabelecimento de funções e regiões anatômicas, em seqüência esteticamente aceitável, ao final.

Os recursos dos retalhos envolvem a utilização de tecido adjacente a área em questão, por Deslizamento ou Rotação, além de segmentos de regiões distantes, de forma imediata ou não.

Deve-se levar em conta a textura, cor, flexibilidade e volume tecidual a ser transportado. Estes retalhos podem ser simples ou compostos.

Há regras básicas, em termos de irrigação dos retalhos, que devem ser obedecidas, sob pena de complicações, sendo a principal a NECROSE.

Os resultados devem ser medidos não somente à luz dos aspectos morfofuncionais obtidos, mas também sobre a determinação da melhoria da QUALIDADE DE VIDA.

RESUMO 12

QUIMIOTERAPIA NEO-ADJUVANTE COM CISPLATINA E 5 FLUOROURACIL EM PACIENTES COM CARCINOMA DA CABEÇA E PESCOÇO

Benedito Valdecir de Oliveira, Nils N.G. Skare, Lisandro A.S. Júnior, Gyl H.A. Ramos e Fernando Abib

Hospital Erasto Gaertner — Curitiba-PR

Estudamos o uso neo-adjuvante da combinação cisplatina 100 a 120mg/m² e 5 FU 1000mg/m² (infusão de 96h) em 64 pacientes com Carcinoma Espinocelular, localmente avançado da Cabeça e Pescoço. Estes pacientes receberam 1 a 3 ciclos de quimioterapia, com intervalos de quatro semanas.

Dos 60 pacientes avaliados (3 abandonaram o tratamento e 1 teve morte precoce), 9 (15%) apresentaram remissão completa, 35 (58,3%) remissão parcial, totalizando uma resposta objetiva de 73,3%.

Através deste estudo, procura-se estabelecer critérios prévios, que possam antecipar o tipo de resposta a ser obtida após a Quimioterapia, baseados na localização topográfica e no grau de malignidade tumoral.

Os autores propõem critérios histopatológicos, baseados nos indicadores de malignidade (grau de infiltração e hiperplasia, necrose, inflamação aguda, queratinização, desarranjo estrutural, pleomorfismo e hiperchromasia), adotando-se valores a cada item, cuja somatória final determinará o grau de malignidade.

RESUMO 13

PUNÇÃO ASPIRATIVA POR AGULHA FINA DE TUMORES CERVICAIS

Emilson de Queiroz Freitas, Heitor Caramuru Paiva e José Roberto Vasconcelos de Podestá

Instituto Nacional de Câncer (RJ)

A análise citológica do material retirado por punção por agulha fina vem apresentando importância crescente no diagnóstico de tumores em geral.

Em relação às lesões tumorais cervicais, o método, de fácil e de baixo custo de execução, funciona como "screening" pré-operatório de lesões de tratamento cirúrgico ou como método diagnóstico de lesões avançadas em que se impõe menor agressão ao paciente.

Os autores avaliam os resultados de 150 casos de punção por agulha fina de tumores cervicais estudados global ou setorialmente entre linfonodos, nódulos tireoidianos e tumores de glândulas salivares.

O grau de sensibilidade e a especificidade do método genericamente ou nos grupos de patologias citados é descrito.

Dos 150 casos, 70 foram confirmados histopatologicamente e nessa avaliação geral tivemos 57,1% de acertos; 19% falso-negativo; 4,7% falso-positivo e 19% de inconclusivos.

RESUMO 14

ASPECTOS RECONSTRUTIVOS DO RETALHO MIOCUTÂNEO PEITORAL MAIOR EM
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

Martins A.S., Tincani A.J. e Kellesli M.I.

Departamento de Cirurgia — Unicamp — Campinas

Os autores apresentam 16 pacientes com neoplasias avançadas de Cabeça e Pescoço, nos quais foram utilizados 17 retalhos miocutâneos em ilha, do peitoral maior.

A maioria dos pacientes já tinham sido submetidos à radioterapia radical e foram vistos com neoplasias primárias extensas e metástases cervicais fora de controle.

Os retalhos miocutâneos foram utilizados para reconstrução e correção do defeito cervico-facial ou reconstrução do trato alimentar superior.

Em apenas um dos pacientes houve perda parcial do retalho, exclusivamente devido a uma falha técnica. Concluímos após o uso freqüente deste retalho, ser uma excelente opção para reconstrução em cirurgias de Cabeça e Pescoço pois apresenta uma ótima vascularização, oferecendo ainda proteção à artéria carótida em casos intensamente irradiados.

RESUMO 15

CÂNCER AVANÇADO DA CABEÇA E DO PESCOÇO — COMPARAÇÃO DE 3 PROGRAMAS
TERAPÊUTICOSSalvajoli J.V., Morioka H., Batocchio G., Novaes P.E., Peres O., De Bellis N., Sarvitto L.C.,
Trippe N., Andrade R.P. e Correa F.M.

Hospital A.C. Camargo, FAP — São Paulo-SP

É feita uma análise prospectiva randomizada de pacientes portadores de carcinoma espino-celular avançado de Cabeça e Pescoço, atendidos nos Departamentos de Radioterapia, Clínica Médica e Cabeça e Pescoço do Hospital A.C. Camargo no período de outubro/83 a junho/86 comparando os 3 seguintes programas terapêuticos:

- a. quimioterapia + radioterapia concomitante
- b. quimioterapia prévia a radioterapia
- c. radioterapia exclusiva

Noventa pacientes foram admitidos no estudo e foram analisados. Os grupos eram comparáveis com relação a sexo, faixa etária, extensão e sítio primário da doença.

Observamos 59 respostas terapêuticas objetivas com relação ao tumor primário (RC-30 e RP-29) nos três grupos e ausência de resposta em 12. Dezenove pacientes não puderam ser analisados.

A sobrevida atuarial a 1 ano foi comparável nos três grupos, respectivamente: 72,9%, 76,3% e 85% ($p = 0,35540$) muito embora o pequeno número de pacientes e o período curto de preservação não permitam conclusões definitivas.

RESUMO 16

RECONSTRUÇÃO NASAL EM CÂNCER

Rita de Cassia Cesar e Souza

Instituto Nacional de Cancer (RJ)

A importância da reconstrução do nariz é diretamente ligada à vida social do paciente, pois qualquer estrutura anatômica da face estando em desarmonia poderá ocasionar reações psicossomáticas variadas.

Dependendo da extensão da perda a reconstrução será mais ou menos elaborada.

Os autores fizeram uma revisão de 166 casos submetidos à reconstrução de nariz.

Os resultados são satisfatórios e os avanços das técnicas são muito grandes, e a cada dia estamos renovando nossos conhecimentos para podermos oferecer o melhor.

RESUMO 17

MÉTODOS PROFILÁTICOS EM INFECÇÃO HOSPITALAR DO PACIENTE DE CABEÇA E PESCOÇO

Benedito Valdecir de Oliveira, Gyl H.A. Ramos e Adilson A. Scopel

Hospital Erasto Gaertner — Curitiba-PR

Os autores mostram a rotina do atendimento a pacientes portadores de tumor da Cabeça e Pescoço, classificando-se em infectados e não infectados. Mostram também os cuidados tomados na realização de cirurgias limpas, potencialmente contaminadas, contaminada e infectada, evidenciando os resultados obtidos nos pacientes operados no período de junho/86 a janeiro/87.

Salientam os autores, os fatores de risco de Cabeça e Pescoço, que não são enumerados na Classificação do Ministério da Saúde.

RESUMO 18

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CEC DO COURO CABELUDO (ÚLCERA DE MARJOLIN) COM INVASÃO DO CRÂNIO E DURA-MÁTER (VÍDEO)

João Carlos Simões, Gilton A. Guilgen e Regina L.S. Pereira

Serviço de Oncologia do Hospital Evangélico — Curitiba-PR

Apresentação de técnica e tática cirúrgica empregada no tratamento de um extenso carcinoma epidermóide de couro cabeludo, pós-queimadura (úlceras de Marjolin).

O tumor havia recidivado após uma primeira cirurgia e apresentava-se com ulceração extensa e invasão de crânio e da dura-máter adjacente.

Mostra-se a ampla ressecção da lesão, do tecido ósseo e da dura-máter e a reconstrução com enxerto da fáschia lata e retalho do próprio couro cabeludo.

RESUMO 19

TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO DO MELANOMA MALIGNO

Dino Carlos Bandiera, Luciano Angelo Calvis, Ivan D.A. Oliveira Santos, Francisco A. Belfort e Darwin Pinheiro M. Zacharias

Departamento de Tegumento, Partes Moles e Ossos do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente, São Paulo-SP

O agente quimioterápico mais conhecido e com maior ação no tratamento do melanoma maligno (MM) é o DTIC (imidazol carboxamida, dacarbazine) com resposta em 20-25% dos casos em que foi empregado. São examinados vários esquemas de tratamento com associação de drogas como o BOLD (Bleomicina + Vincristina + Citostal + DTIC) em que se observa 45% de resposta em pacientes portadores da doença disseminada. Apresentam técnicas adjuvantes de tratamento quimioterápico com cateterismo intra-arterial para os casos de MM com localização em cabeça e pescoço e membros. Recentemente Bajeta e Casali, do Istituto Nazionale Dei Tumori, de Milão, membro do Grupo de Melanoma da Organização Mundial de Saúde, apresentaram esquema intensivo de tratamento semanal, com as seguintes drogas:

- 1.º) DTIC = 800mg/m² i.v. (Sol salina) 250cc
 CDDP = (cisplatino) = 50mg/m² i.v.
 (infusão de 500ml antes e 1.000ml após a aplicação do CDDP).
- 2.º) VDS = (Vindesina) = 3mg/m² i.v.
 BLM = (Bleomicina) = 10mg/m² i.v.

APLICAÇÃO

DTIC CDDP	VDS	DTIC CDDP	BLM
1 semana	2	3	4

RESUMO 20

ÚLCERA DE MARJOLIN — ANÁLISE DE 37 CASOS

Marcos Flávio Montenegro, Benedito Valdecir de Oliveira, Sérgio B.B. Hatschbach, Massakazu Kato, Gerardo G. Valadares, José Clemente Linhares e João Antônio Guerreiro

Hospital Erasto Gaertner da Liga Paranaense de Combate ao Câncer

Os autores analisam a experiência do Serviço de Pele e Melanoma do Hospital Erasto Gaertner da Liga Paranaense de Combate ao Câncer em 37 casos de Úlcera de Marjolin atendidos no período de 1973 a 1984.

O tipo histológico mais freqüente foi o carcinoma de células escamosas (35 casos) seguidos de três casos de carcinoma basocelular e de um caso de carcinoma escamo-celular associado a fibrossarcoma.

Em nosso material houve uma grande variação do tempo decorrido entre o traumatismo inicial e o aparecimento da neoplasia, ressaltando-se que o menor tempo foi de três anos e o maior de 70 anos.

O tratamento realizado variou conforme a localização, extensão da lesão, bem como o estadiamento. Quando possível foi realizada a ressecção ampla da lesão com reconstrução através de enxerto de pele ou rotação de retalho (14 casos). Em oito casos optou-se pela amputação do membro devido a extensão da lesão. Em oito casos preferiu-se a realização de criocirurgia com nitrogênio líquido. Dois pacientes foram submetidos a radioterapia exclusiva e finalmente 6 pacientes não foram tratados por abandonarem o tratamento.

RESUMO 21

MELANOMA MALIGNO EM CABEÇA E PESCOÇO — EXPERIÊNCIA SOBRE 532 PACIENTES

Santos I.D.A.O., Bandiera D.C., Calvis L.A., Belfort F.A., Zacharias D.P.M. e Silva J.G.

Hospital A.C. Camargo — São Paulo-SP

Apresentamos uma casuística de 532 pacientes portadores de melanoma maligno de cabeça e pescoço, que representa 25,68% dos 2.087 casos de todas as localizações, tratados de 1953 a 1985 no Departamento do Tegumento, Partes Moles e Ossos do Hospital A.C. Camargo. A fácil visualização das lesões iniciais em cabeça e pescoço possibilita um diagnóstico precoce. A maioria dos melanomas dessa localização tem uma fase de crescimento superficial, clinicamente detectável. Nessa fase são curáveis em sua grande maioria, com um mínimo de seqüelas. Infelizmente em nosso meio, os pacientes chegam ao especialista, em grande parte, já com lesões em fase de crescimento vertical, necessitando inclusive de linfadenectomia eletiva ou mesmo terapêutica, quando já apresentam gânglios clinicamente comprometidos, o que ocorreu em 31% dos nossos casos. O prognóstico dos nossos pacientes tem melhorado com o decorrer dos anos.

RESUMO 22

MELANOMAS DE EXTREMIDADES: SITUAÇÃO DOS ESVAZIAMENTOS DE CADEIAS DE LINFONODOS

Lucas H., Loureiro L.C., Corrêa D., Neves A., Santos T. e Eiras Araujo A.

Cento e vinte e três casos de Melanoma foram registrados no Serviço de Oncologia da Beneficência Portuguesa-RJ e em nossa Clínica; 75 (60,9%) em homens e 48 (39%) em mulheres; 121 (98,3%) pacientes eram brancos. A localização predominante foi a extremidade (27-21,9% em membros pélvicos e 26-21,1% nos torácicos). A idade média foi 50,8% (extremos 2 e 83 anos) com maior incidência na 3.^a e 4.^a décadas de vida (55-45,1%). O estadiamento de Clark foi determinado em 85 casos (69,1%), enquanto que o nível de Breslow somente foi estabelecido em 36 (29,2%) pacientes. Linfonodos foram locais preferenciais de metástases (33-26,8%), seguidos de nódulo subcutâneos — 13 vezes (10,5%). Os AA procuram estabelecer o critério e a oportunidade da realização do esvaziamento das cadeias de linfonodos satélites nesta patologia complexa.

RESUMO 23

AUMENTO DE OCORRÊNCIA DO MELANOMA MALIGNO CUTÂNEO — POSSÍVEIS CAUSAS

Calvis L.A., Bandiera D.C., Santos I.D.A.O., Belfort F.A., Zacharias D.P.M. e Silva J.G.

Hospital A.C. Camargo — São Paulo-SP

Em muitos pacientes tem-se observado aumento relevante de ocorrências de melanoma maligno cutâneo. Atribuir este fato apenas a maior exposição aos raios solares nos parece difícil como tentativa para justificar diferenças tão acentuadas em períodos relativamente curtos. A nosso

ver, devemos dirigir a investigação, pesquisando a importância de fatores intrínsecos que seriam genéticos e raciais e, fatores extrínsecos dentre os quais colocamos causas ambientais, medicamentosas, dietéticas, infecciosas, etc. No Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente, de abril de 1953 a julho de 1986, foram matriculados 2.130 pacientes portadores de melanoma maligno cutâneo. Em 1978, a porcentagem de doentes com essa neoplasia em relação aos pacientes com outras neoplasias cutâneas era de 11,3%. Em estudo comparativo abrangendo o período de 1981/85, esta proporção atingiu 16,7%. Tais dados mostram a importância da investigação de todas as possíveis causas que contribuem para o aumento do Melanoma.

RESUMO 24

QUIMIOTERAPIA NEO-ADJUVANTE EM SARCOMAS AVANÇADOS DE PARTES MOLES

Firmino de Azevedo Gomes Filho, Sandra Regina Viola, Regina Lucia Oliveira de Medeiros e Solange Maria Diniz Bizzo

Hospital de Oncologia — INAMPS

Os autores apresentam os resultados obtidos com a Qt neo-adjuvante usando a adriamicina (ADM) e cisplatino (CDDP) em 25 pacientes portadores de sarcomas de partes moles, estádios III e IV, de histologia e localização diversa. Com exceção de 2 pacientes, os demais receberam 2 a 3 ciclos de ADM e CDDP antes da cirurgia com o objetivo de reduzir o tumor, avaliar sua sensibilidade às drogas, facilitar a cirurgia, manter o membro afetado, além de erradicar micrometástases e impedir surgimento de metástases a distância. A análise permite comprovar resposta a Qt em tumores de alto grau de malignidade (G II e G III) não importando estratificação pelo tipo celular pois pela raridade da doença o número de casos não é significativo. No presente material foi alcançado resposta de 61% (RC + RP) com 17,5% de resposta completa e 43,5% de resposta parcial e 35% de estabilidade de doença. A sobrevida determinada pela curva de Kaplan Meier é de 24% em 5 anos. Qt neo-adjuvante é eficaz, seleciona pacientes e permite ser mais ou menos radical na abordagem multidisciplinar. A randomização é necessária para avaliar a associação ADM e CDDP em relação ao intervalo livre de doença, a qualidade e tempo de sobrevida, visto ser a toxicidade aceitável.

RESUMO 25

ASSOCIAÇÃO DA QUIMIOTERAPIA INTRA-ARTERIAL (QT.I.A.) + RADIOTERAPIA PRÉ-OPERATÓRIA COM FINALIDADE DE PRESERVAÇÃO DO MEMBRO EM SARCOMAS ÓSSEOS E DE PARTES MOLES

Ademar Lopes, Everardo Leite Gonçalves, Marcelo Bandeira Coelho Dias e Fernando C. Gentil

Hospital A.C. Camargo — FAP

Os autores descrevem 3 casos de tumores malignos, sendo um sarcoma osteogênico de partes moles da região axilar, outro sarcoma osteogênico da fíbula operado e recidivado e um fibrossarcoma da panturrilha que inicialmente teriam indicações de amputação ou desarticulação e que tiveram os seus membros preservados com associação da QTIA e RXT, pré-operatórias. Nos dois casos de sarcoma osteogênico a droga usada por via intra-arterial foi a CDDP na dose de 100mg/m² em infusão contínua de duas horas repetidas a cada 21 dias.

No sarcoma de partes moles foi usada a adriablastina 20mg/m² em infusão contínua de 24h por 4 dias.

A dose de irradiação usada foi de 3000 rads.

Após completar o tratamento pré-operatório os pacientes foram operados com preservação do membro e a análise histopatológica da peça não mostrou presença de células.

RESUMO 26

TUMORES NEUROGÊNICOS — EXPERIÊNCIA PESSOAL COM 17 CASOS

Martins A.S., Tincani A.J. e Kellesli M.I.

Departamento de Cirurgia — Unicamp — Campinas

Os autores apresentam sua experiência com 17 pacientes portadores de tumores neurogênicos operados entre fevereiro de 1980 a setembro de 1987

As localizações dos tumores neurogênicos foram as mais variadas, com 9 dos 17 casos ocorrendo em região de cabeça e pescoço, 1 em cabeça e pescoço e tórax, 1 em mediastino anterior, 3 em abdômen e pelve e 3 em membro inferior.

A patologia mais freqüente foi schwannoma com 12 pacientes, seguida de neuroblastoma com 2 pacientes, e um caso, respectivamente, de quimiodectoma, paraganglioma abdominal gigante e esteseuroblastoma.

Dez dos 17 tumores neurogênicos eram malignos e foram tratados agressivamente, incluindo um schwannoma maligno de nervo ciático. O restante eram tumores neurogênicos benignos e foram tratados com cirurgias mais conservadoras.

Seis pacientes eram portadores de neurofibromatose de Von Recklinghausen e apenas 2 tinham tumores neurogênicos benignos.

Os autores concluem com considerações anatomopatológicas, cirúrgicas e analisam a literatura a respeito desta interessante patologia cirúrgica.

RESUMO 27

BCG ORAL — VÁLIDO NO MELANOMA?

Belfort F.A., Zacharias D.P.M., Santos I.D.A.O., Calvis L.A., Bandiera D.C., Alves A.C., Silva J.G., Varella A.D., Liberatti M., Pereira M.C. e Mazzucato M.A.L.

Hospital A.C. Camargo — S. Paulo-SP

De janeiro/79 a dezembro/82 foram incluídos 87 pacientes no protocolo — estudo do BCG oral como terapêutica adjuvante no Melanoma ECl. Efetuou-se o ensaio, randomizando 2 grupos, sendo um com 40 casos (dose alta = 5.000mg/sem) e outro com 45 casos (dose baixa = 500mg/sem), sendo excluídos 2 pacientes. A terapêutica primária aplicada foi a clássica. Houve predomínio da raça branca (83/87), sendo 31 pacientes do sexo masculino e 56 do feminino. A distribuição anatômica foi: CP (24), Tronco (19), MMSS (12), MMII (32) e a faixa etária predominou na 3.^a a 5.^a décadas. Ao término de 4 anos, 22/40 (55%) que receberam dose alta encontravam-se assintomáticos, bem como 24/45 (53,3%) dos que receberam dose baixa, havendo uniformidade nos grupos independentemente do sítio anatômico.

Tais resultados levaram à conclusão da não correlação entre dose e efeito no uso do BCG como adjuvante e a necessidade de um estudo randomizado com grupo controle. A partir de 83, os autores estão efetuando um estudo em que BCG na dose de 1.500mg/sem é cotejado com grupo controle e os resultados deverão ser analisados no próximo ano.

RESUMO 28**EPENDIMOMA — ANÁLISE DE 31 PACIENTES TRATADOS COM CIRURGIA E RADIOTERAPIA****Francisco Rêgo Vieira, Luiz Henrique José Pinto e Lígia Corrêa Carvalho da Silva****Instituto Nacional de Câncer — RJ**

No período de maio de 1961 a outubro de 1985, 31 pacientes com diagnóstico de ependimoma foram tratados no Serviço de Radioterapia do Instituto Nacional de Câncer. A maioria (80%) era de cor branca. A idade mediana foi de 19 anos; 18 pacientes eram do sexo masculino e 13 do sexo feminino. O seguimento médio foi de 28 meses. Todos os pacientes receberam alguma forma de cirurgia como tratamento inicial, sendo que 78% dos mesmos foram submetidos à ressecção parcial ou total do tumor. Uma laminectomia foi feita em 4 pacientes, biópsia em 2 e em 1 paciente, apenas uma derivação liquórica foi realizada. Radioterapia foi utilizada de maneira complementar em todos os pacientes. Dos 26 de localização encefálica, 21 receberam RxT apenas no crânio, e 5 em crânio e neuro-eixo. Os 5 pacientes que apresentavam localização medular foram irradiados somente neste sítio. A sobrevida actuarial global em 5 anos foi de 62%. Os pacientes que apresentavam tumores de baixo grau de diferenciação histológica tiveram uma sobrevida de 78% em 5 anos vs 53% para os de alto grau. Considerando o locus tumoral esta sobrevida foi de 30% para os supratentoriais vs 55% para os infratentoriais. Observamos que os pacientes com mais de 18 anos de idade tiveram uma sobrevida de 71% vs 60% para os pacientes abaixo desta idade. Os resultados confirmam ser relevante o procedimento radioterápico na conduta terapêutica complementar dos ependimomas, destacando a importância do grau de diferenciação, localização e idade no prognóstico.

RESUMO 29**MELANOMA MALIGNO EM NEGRO****Dino Carlos Bandiera, Luciano Angelo Calvis, Ivan D.A. Oliveira Santos, Francisco A. Belfort e Darwin Pinheiro M. Zacharias****Departamento de Tegumento, Partes Moles e Ossos do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente, São Paulo-SP**

Desde 1953 até 1985 foram atendidos 2.099 pacientes portadores de melanoma maligno no Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente.

Entre esses pacientes tiveram 132 negros, com percentual de 6,28%, constituindo uma das maiores casuísticas da literatura mundial. Neste estudo foram excluídos os mulatos. Tivemos 75 pacientes do sexo masculino e 57 do sexo feminino; 109 eram de localização cutânea, 22 extracutânea e um paciente com lesão primária desconhecida. Quanto à localização anatômica, tivemos 80 situados nos membros inferiores, 13 membros superiores, 26 cabeça e pescoço e 12 no tronco (53 região plantar, 7 palmar) e um ginecológico, vulva. O tempo médio de evolução da lesão até o diagnóstico foi de 27 meses. Em 57 pacientes havia antecedentes de trauma e em 62 ulceração. O tempo médio de sobrevida livre de doença foi de 17 meses para as lesões cutâneas e 9 meses para as extracutâneas.

A precariedade dos resultados obtidos deve-se ao diagnóstico tardio e ao estágio avançado da moléstia.

RESUMO 30

METÁSTASES CERVICAIS DE TUMOR PRIMÁRIO DESCONHECIDO

Sarvat M.A., Vieira F.R., Carvalho R.L.T. e Kligerman J.

Instituto Nacional de Câncer

O tumor metastático de origem desconhecida é patologia oncológica importante que permite ampla discussão quanto à investigação diagnóstica e conduta terapêutica. O presente trabalho trata-se de estudo retrospectivo não randomizado, onde analisamos 80 casos de metástases cervicais cujo tumor primário permaneceu desconhecido após investigação inicial, acompanhados no Instituto Nacional de Câncer no período de janeiro de 1981 a janeiro de 1987.

São analisados aspectos diagnósticos, prognósticos e discutida a terapêutica empregada, em particular nos 20 pacientes vivos e sem evidência presente de doença em atividade.

RESUMO 31

SARCOMAS — TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR — ANÁLISE PRÉVIA

Os autores apresentam uma análise prévia dos Sarcomas tratados multidisciplinarmente no Instituto Nacional de Câncer no período de 3 anos (set/84 a agosto/87) dando ênfase à associação do tratamento cirúrgico/quimioterápico e ou radioterapia.

Abordam as incidências de tipos histológicos, localização topográfica, graduação histológica em relação ao tratamento efetuado.

RESUMO 32

MELANOMA MALIGNO NA INFÂNCIA — ESTUDO RETROSPECTIVO DE 45 CASOS (1953-85)

Belfort F.A., Antonelli C.B.G., Zacharias D.P.M., Santos I.D.A.O., Calvis L.A., Bandiera D.C., Oyafuso M.S., Alves A.C. e Silva J.G.

Hospital A.C. Camargo — São Paulo-SP

O objetivo desse trabalho é, através de um estudo retrospectivo de uma afecção rara, ressaltar a importância de uma terapêutica uniforme, visando melhores resultados para o tratamento do Melanoma Maligno na Infância. Estudou-se, durante o período de 1953-85, 45 pacientes portadores de Melanoma Maligno com menos de 21 anos, matriculados do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente. A idade média foi de 13,1 anos (0-21 anos), com predomínio da raça branca (43/45) e não se verificou diferença em relação ao sexo. A distribuição topográfica da lesão primária foi em Cabeça e Pescoço (14, sendo 3 ocular), Membros (11), Tronco (10) e em Localização Desconhecida (10). Em 19/45 (42,2%) as lesões neoplásicas se originaram de lesões névicas preexistentes. A terapêutica realizada nesses pacientes foi prejudicada por tratamentos anteriormente realizados (34/45 = 75,5%) e diversidade no estadiamento, sendo que em 28/45 (62,2%) já havia comprometimento loco-regional ou sistêmico. O índice de mortalidade foi de 75,5% (34/45) com sobrevida média de 5,7-7 meses, sendo a disseminação cutâneo-ganglionar observada em 82,2% (37/45). O intervalo livre de doença nos 24,5% (11/45) pacientes sobreviventes já é superior a 7 anos. Esses dados sugerem que o reconhecimento precoce de lesões névicas suspeitas a uma terapêutica padronizada nos diferentes serviços poderão oferecer resultados menos dramáticos.

RESUMO 33**ASSOCIAÇÃO SEQÜENCIAL DE MTX-ALTA DOSE + 5FU EM 45 CASOS DE CÂNCER AVANÇADO**

Lucas H., Loureiro L.C., Neves A., Corrêa D. e Eiras Araujo A.

É apresentada a experiência do Serviço de Oncologia da Beneficência Portuguesa — RJ com a associação seqüencial de MTX a.d. (250mg/m² — EV — 12h), seguida 1h após de 5Fu (600mg/m² — EV). O resgate do MTX a.d. é feito em 8 aplicações de fator citrovorum 10mg/m².

Foram estudados 45 casos de Ca. avançado, sem critério prévio de seleção. Eram portadores de patologia que falharam com esquemas considerados eficientes ou que apresentavam capacidade funcional baixa, não tolerando terapêuticas mais agressivas. Em todos os casos foi feita rigorosa avaliação da função renal, inclusive clearance da creatinina urinária em 24h. A alcalinização prévia da urina é obrigatória, visando maior tolerância renal. Foram estudados casos de tumores do trato gastrointestinal, Ca pulmonar não "Oat-cell" e da cabeça e pescoço. As melhores respostas terapêuticas foram obtidas em tumores gastrointestinais, particularmente os de estômago (sobrevida média 14 semanas). Houve boa toxicidade, sendo registrado somente náuseas (44,8%), facilmente controladas. Paralelamente, 7 pacientes submeteram-se à Nutrição Parenteral total; nestes casos foi observado ganho ponderal. O pequeno número de casos com NPT (15,5%) não permitiu avaliar outras vantagens, especialmente aumento do grau de resposta terapêutica.

RESUMO 34**METÁSTASES DE CARCINOMA BASO-CELULAR À DISTÂNCIA**

Fiod N.J., Guitmann C. e Rezende F.N.

Instituto Nacional de Câncer

Os autores apresentam 3 casos de "Carcinoma Baso-Celular com Metástases à distância" (osso, pulmão e linfonodos). Fizeram revisão bibliográfica que compreende o período de 1890 a 1987, com menos de 200 casos descritos na literatura nestes últimos 97 anos.

Abordam aspectos raros relativos à metastatização e descrevem o tratamento realizado e seus resultados.

RESUMO 35**MELANOMA JUVENIL — NEVO DE SPITZ**

Belfort F.A., Antonelli C.B.G., Zacharias D.P.M., Santos I.D.A.O., Calvis L.A., Bandiera D.C., Oyafuso M.S., Alves A.C. e Silva J.G.

Hospital A.C. Camargo — São Paulo-SP

O Melanoma Juvenil é um tipo de Nevo, cuja denominação, ao nosso ver, é errônea pois não tem o comportamento maligno do melanoma e nem é exclusivo da infância. Apresenta variada sinonímia, tais como Nevo de Spitz, Pseudo-Melanoma, Melanoma Juvenil Benigno e seu diagnóstico é freqüentemente confundido com outras lesões malignas ou benignas. O objetivo desse trabalho foi estudar retrospectivamente o comportamento dessa patologia e o resultado terapêutico instituído em 11 pacientes tratados no Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente, no período de 1953-85. A idade variou de 11 meses a 10 anos, sendo 5 do sexo masc. e 6 do sexo fem., com predomínio da raça branca (10/11). As lesões se localizaram por ordem de freqüência em Membros (7), Cabeça e Pescoço (3) e Tronco (2). O aspecto clínico das lesões foi

predominantemente nodular (8/11), de coloração variando de rósea a enegrecida, e em 1 caso havia a presença de nódulos inguinais palpáveis. Todos os pacientes foram submetidos à ressecção da lesão como se fora uma biópsia excisional, apresentando boa evolução pós-operatória, sendo seguidos por período acima de 10 anos, sem recidiva ou processo de malignização. O correto diagnóstico histológico do "Nevo de Spitz" e o diagnóstico clínico diferencial preciso são suficientes para a terapêutica conservadora e o bom prognóstico dessa lesão.

RESUMO 36

QUIMIOTERAPIA NO CÂNCER DO APARELHO DIGESTIVO — INFUSÃO CONTÍNUA DE FLUORURACIL DURANTE 72 HORAS — AVALIAÇÃO PRELIMINAR

Rafael A. Possik, F.R.G. Coelho, A.B. Moyano, R.S.L. Cappellano, D.R.R. Pires, D. Wohnrath, M. Asai e A. Abrão

Dept.º de Cir. Abdominal — Hospital A.C. Camargo — Fundação Antonio Prudente — São Paulo-SP

Foi administrada quimioterapia com Fluorouracil em infusão contínua, na dose de 1,5 a 2g em 24h, durante 72 horas. Todos os pacientes apresentavam doença disseminada e com anatomopatológico adenocarcinoma. A maioria dos pacientes era portador de tumor gástrico, vindo a seguir carcinoma de cólons, vesícula biliar e pâncreas. Apresenta-se o resultado obtido com este tratamento nestes pacientes.

RESUMO 37

TOPOGRAFIA X ESTADIAMENTO CLÍNICO: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 141 CASOS DE MELANOMA MALIGNO

Oswaldo Wolff Dick, Maria de Lourdes Rocha dos Santos, Ana Maria Piana, Francisco de Assis Rocha dos Santos e Jorge Alberto Frischenbruder

Hospital Santa Rita — Porto Alegre-RS

Os autores analisaram resultados obtidos da comparação entre as variáveis topografia e estadiamento clínico em uma amostra de 141 casos de Melanoma Maligno, tratados no Hospital Santa Rita no período de janeiro de 1974 a dezembro de 1986. Nesta série, membro inferior foi a região topográfica onde se encontrou os estadiamentos clínicos mais avançados.

RESUMO 38

SARCOMA NEUROGÊNICO E NEUROFIBROMATOSE — APRESENTAÇÃO DE 2 CASOS

Antonio Lucas B. Tenuta, Paulo Cesar Frutuoso, Josélio Martins Franco, Ray Alves dos Santos e Márcia Ayres da Motta

Hospital Mário Kroeff, Rio de Janeiro-RJ

A doença de Von Recklinghausen ou neurofibromatose, doença crônica progressiva de caráter autossômico dominante, está relacionada com tumores de pele, tumores espinhais, tumores do sistema nervoso central, carcinoma medular da tireóide e patologias benignas diversas.

De 15 a 25% dos pacientes portadores de neurofibromatose desenvolverão sarcomas neurogênicos a partir de um neurofibroma no decorrer da vida. Por outro lado a metade dos pacientes com neurilenomas malignos são portadores de neurofibromatose.

Os autores apresentam 2 casos de provável degeneração sarcomatosa (1 caso de neurofibrossarcoma e um caso de Schwannoma maligno) a partir de um neurofibroma e propõe como conduta terapêutica para os dois casos a ressecção radical ampla do tumor (cirurgia compartimental) mais radioterapia complementar.

RESUMO 39

PILOMATRIXOMA: RELATO DE UM CASO ABERRANTE

João Carlos Simões e Gilton A. Guilgen

Serviço de Oncologia do Hospital Evangélico — Curitiba-PR

O Pilomatrixoma (Epitelioma Calcificante de Malherbe) é um tumor benigno de origem do folículo piloso.

Apresentamos um seguimento de uma paciente, entre 1978 e 1985, que apresentava este tumor em região do antro maxilar e região frontal.

Após tratamento cirúrgico dos tumores, teve início um crescimento aberrante da tumoração da região da pele da fronte, que atingiu proporções inusitadas para tal patologia com invasão de partes ósseas e dura-máter, culminando com o óbito desta paciente.

RESUMO 40

TUMORES SINCRÔNICOS E METACRÔNICOS

João Moysés Freire de Campos, Silvana Lopes, Flora Kazumi Ikari e José Rodrigues Pereira

Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Estudo retrospectivo de 1979 a 1987 envolvendo 623 casos de carcinoma broncogênico. Selecionados 57 casos que apresentavam outra neoplasia, correspondendo a 9,15% do total. Os tumores sincrônicos perfizeram 44% e os metacrônicos 56%. Os casos foram distribuídos quanto ao sexo, idade, hábito de fumar, tempo de aparecimento e localização da segunda neoplasia. Dos 57, 36 (63%) eram homens e 21 (37%) mulheres. Nos homens, 50% dos tumores eram sincrônicos e 50% metacrônicos e nas mulheres, 63% metacrônicos e 37% sincrônicos. Em ambos os sexos a faixa etária predominante foi a dos 61 aos 70 anos, correspondendo a 50% dos homens e 43% das mulheres. O hábito de fumar prevaleceu em 63% dos casos e destes 47% tinham tumores metacrônicos e 53% sincrônicos. Dos não tabagistas, 71% apresentavam tumores metacrônicos, 29% sincrônicos. A localização do segundo tumor foi pulmão (26%), laringe (16%), útero (12%), mama (12%), sistema aéreo-digestivo (9%), estômago (5%) e bexiga (3,5%), seguidos da parótida, tireóide, pele e fígado.

Conclusões: Existe uma significativa incidência de tumores múltiplos nos portadores de carcinoma broncogênico, sem diferença significativa entre sincrônicos e metacrônicos. Os tumores múltiplos incidem mais no sexo masculino porém os metacrônicos predominam no feminino. A faixa etária predominante é a 7.^a década nos dois sexos. A associação mais comum é pulmão e cabeça-pescoço. O tabagismo prevalece na maioria dos casos.

RESUMO 41

PARAGANGLIOMAS: CONSIDERAÇÕES SOBRE 2 CASOS

Lucas H, Martins M, Neves A, Loureiro L.C. e Eiras Araujo A

Dois casos de Paragangliomas foram registrados no Serviço de Oncologia da Beneficência Portuguesa — RJ no período de 1985-1986. Trata-se de Patologia maligna extremamente rara e complexa, da qual não há correlação estatística na literatura internacional, o que justifica o pequeno conhecimento do seu comportamento biológico. O 1.º caso, mulher com 65a, apresentou-se com 2 massas tumorais (flanco D, e paravertebral E.), após período de evolução clínica com hipotensão postural e crise diarréica. O 2.º caso, homem com 58a, apresentou volumoso tumor abdominal, com evolução de 1a, e ausência de manifestação clínica. Foi operado com suspeita de sarcoma retroperitoneal. Ambos os casos foram caracterizados histologicamente como Paraganglioma Extra-Adrenal. Os AA. chamam a atenção sobre o procedimento terapêutico pós-cirúrgico, considerando o quadro poliforme desta patologia.

RESUMO 42

TUMORES AVANÇADOS DA SUPERFÍCIE CORPORAL

Adão O., Scandiuzzi D. e Chaem L.H.T.

Os tumores de pele constituem em nosso meio, o grupo de neoplasia mais freqüente. A sua incidência depende geralmente do grau de pigmentação da pele e da quantidade de irradiação recebida pela população estudada. Os tipos histológicos mais comuns são: o carcinoma basocelular, compreendendo 60% dos casos; o carcinoma espinocelular, compreendendo 30% dos casos e 10% os tumores mais raros (melanomas, sarcomas etc.). Como estes tumores se apresentam na superfície corporal, tem suma importância o conhecimento médico para o diagnóstico precoce, o tratamento oncológico especializado, é também de fundamental importância a reconstrução da área extirpada devolvendo a função e a forma, possibilitando ao paciente a sua reintegração social. A cirurgia é o tratamento de primeira escolha no tratamento da grande maioria destes tumores, com grandes avanços através dos retalhos miocutâneos, microcirúrgicos etc., nos últimos anos. Serão mostrados e discutidos casos de tumores avançados, ressaltando o papel do médico e a condição sócio-econômica e cultural de nossa população.

RESUMO 43

SCHWANOMAS DE PLEXO BRAQUIAL

Martins A.S. , Tincani A.J. e Kellesli M.I.

Departamento de Cirurgia-Unicamp-Campinas

Schwanomas benignos ou malignos ocorrem em região de cabeça e pescoço em cerca de 25-44% dos casos de tumores neurogênicos. No entanto, o diagnóstico de um tumor neurogênico localizado em cabeça e pescoço pode ser difícil, a origem específica do nervo pode não ser identificada e o tratamento cirúrgico pode representar um dilema terapêutico. Os autores apresentam um caso de Schwannoma benigno de plexo braquial com uma evolução excelente tanto de ponto de vista funcional como do ponto de vista de controle da doença. Um outro caso de schwannoma maligno de plexo braquial é apresentado chamando a atenção para a sua raridade e evolução dramática apesar do tratamento radical.

Os autores também chamam a atenção para o fato de que até a década de 1970 não haviam sido publicados trabalhos sobre schwannomas de plexo braquial e na última década têm sido raros os trabalhos sobre esta patologia cirúrgica.

RESUMO 44

TUMOR DO CORPO CAROTÍDEO, BILATERAL: APRESENTAÇÃO DE UM CASO

Martins A.S. , Tincani A.J. e Kellesli M.I.

Departamento de Cirurgia-Unicamp-Capinas

Quimiodectomas de corpo carotídeo são tumores raros e o diagnóstico comumente não é feito no pré-operatório. Quando o diagnóstico é feito no intra-operatório as complicações de ressecção do tumor podem ser catastróficas.

Os autores apresentam um caso de tumor de corpo carotídeo com acometimento bilateral, operada de um lado sem o diagnóstico pré-operatório e operada do lado contralateral após arteriografia, sem óbito mas com complicações de pares cranianos.

Os autores fazem uma revisão da literatura e discutem os aspectos cirúrgicos desta patologia.

RESUMO 45

TRATAMENTO DO CORDOMA SACRO-COCCÍGEO

Alfredo Guarischi , Reinaldo Rondineli, Eduardo Buarque, Regina Medeiros, Paulo Kanashiro, Fernando Bezerra, José Loureiro e Jorge H. Mattos

Hospital de Oncologia, INAMPS — RJ (Serviço de Cirurgia Oncológica, Radioterapia e Anatomia Patológica) e Pro-Onco, CNCC-MS

O cordoma é um tumor bastante raro tendo sido compilados 26 casos por Brunini (Câncer no Brasil). No hospital de Oncologia, INAMPS-RJ estão registrados dois casos (um cervical, não operado e um sacral, que os autores tiveram a oportunidade de tratar).

Tratava-se de uma mulher de 49 anos, cor preta, com história de dor na região glútea e sacra, assim como incontinência urinária, há 15 meses. Como a sintomatologia piorou, não mais cedendo a medidas simples, procurou o hospital em abril de 1987. Ao exame físico havia grande massa de região glútea, ocupando praticamente toda a nádega esquerda, preservando a pele, medindo 20 X 15cm. A nádega direita era parcialmente comprometida na sua parte mais medial. O toque retal mostrava que a massa era retro-retal, de consistência bastante endurecida. A mucosa retal estava livre ao toque e à retossigmoidoscopia. O RX mostrava que o tumor destruía a peça sacra a partir de S2 (inclusive). A urografia foi normal. O clister opaco revelava massa retro-retal, não havendo comprometimento do intestino. O ultra-som mostrou que a massa era sólida, tendo um componente intrapélvico em continuidade com o plano ósseo e partes moles da região glútea. Foi realizada biópsia da massa através de incisão na região glútea. O diagnóstico de cordoma foi estabelecido. Paciente recusou o tratamento cirúrgico e foi submetida à radioterapia. Foi tratada com 4600 rads em 6 semanas a partir de maio. Houve melhora da sintomatologia dolorosa, porém abscedou parcialmente a região glútea. Como a partir de julho houvesse piora de dor e surgiu incontinência retal aceitou o tratamento cirúrgico. Realizamos a ressecção da peça sacra, a partir de S2, por via de acesso abdominal e glútea. O tumor foi retirado. Colostomia em alça, devido à incontinência, foi também feita. Após uma boa evolução pós-op a paciente veio a falecer no dia 28 de pós-op (agosto) por sépsis. A literatura é revista.

RESUMO 46

TUMOR DESMÓIDE: EVOLUÇÃO E CONDUTA TERAPÊUTICA

Solange Bizzo, Fernando Bezerra, Eduardo J. Buarque, Alfredo Guarischi, Regina Medeiros,
Paulo Kanashiro, Reinado Rondineli e Jorge H. Mattos

Hospital de Oncologia, INAMPS-MS (Serviço de Cirurgia Oncológica e Anatomia Patológica) e
Pro-Onco, CNCC-MS

O tumor desmóide é uma neoplasia benigna, localmente invasivo e com alto índice de recorrência. Afeta os tecidos musculoponeuróticos do corpo em toda sua extensão. Algumas vezes é difícil o diagnóstico diferencial entre o tumor desmóide e o fibrossarcoma de baixa malignidade.

O metabolismo hormonal parece estar envolvido no processo de formação do tumor desmóide. O estrogênio favoreceria o seu crescimento.

A revisão da literatura deste raro tumor mostra que a recidiva é estatisticamente mais freqüente nos tumores de localização extra-abdominal. A radioterapia externa, pós-cirurgia, aumenta a incidência de recidiva local segundo alguns autores, não sendo atualmente indicada.

Receptores estrogênicos têm sido atualmente identificados no tumor desmóide motivando o uso de antiestrogênios em protocolo fase II, visando verificar seu papel na diminuição da recidiva, espaço livre de doença e diminuição do tumor desmóide surgido em outro local diferente do sítio inicial (tumor "de novo").

Os autores apresentam uma revisão da literatura e os casos acompanhados no Hospital de Oncologia, INAMPS-RJ. Discussão dos critérios histológicos e da abordagem terapêutica é apresentada.

RESUMO 47

SARCOMAS RETROPERITONEAIS

Roberto Gurgel, José Arcleide, Odilon Filho, Eduardo Linhares e Jurandir A. Dias

Instituto Nacional de Câncer — RJ

Após levantamento de tumores retroperitoneais no período de 1976 a 1981 foram isolados 6 casos de sarcomas de partes moles do retroperitônio. Os autores analisam este grupo quanto aos diferentes aspectos, enfocando principalmente os achados cirúrgicos e histopatológicos. Demonstram a gravidade da doença havendo contudo casos de sobrevida longa, justificando portanto o tratamento cirúrgico.

RESUMO 48

MELANOMA MALIGNO DE VAGINA — RELATO DE 1 CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Marcos Flávio Montenegro, Benedito Valdecir de Oliveira, Sérgio B.B. Hatscbach, Massakazu Kato, Gerardo G. Valadares, Emerson Luiz Neves e João Antônio Guerreiro

Hospital Erasto Gaertner da Liga Paranaense de Combate ao Câncer

O presente trabalho consta da análise de um caso de Melanoma maligno primário de vagina, numa paciente de 29 anos, localizado no terço superior da parede posterior da vagina.

Apresentamos revisão feita por Chling, Casey, Flanery e Wodruff, onde foram estudados 19 casos.

Por se tratar de entidade rara, de origem ainda discutida, mais provavelmente da própria pigmentação da mucosa vaginal ou resquício do sino uro-genital ou ainda por migração a partir da crista neural.

Alguns autores situam-no como 0,3% dos melanomas, sendo a faixa etária de maior incidência em mulheres da 5.^a à 7.^a décadas, pacientes perimenopausadas e o local de maior incidência o terço inferior.

Sendo uma doença de alta malignidade e de difícil controle, onde o diagnóstico também é difícil, o prognóstico também é bastante sombrio, sendo o melhor tratamento a cirurgia radical, podendo-se complementar com quimioterapia e/ou radioterapia.

RESUMO 49

MELANOMA PRIMÁRIO OCULTO

Calvis L.A., Bandiera D.C, Santos I.D.A.O, Belfort F.A, Zacharias D.P.M. e Silvia J.G.

Hospital A.C. Camargo-São Paulo — Brasil

Os autores analisam a casuística de diversos serviços sobre a proporção de casos de Melanoma Maligno Cutâneo sem lesão primária conhecida. Enfatizam a importância dos requisitos propostos por Das Gupta, que devem reger o enquadramento dos pacientes. Focalizam a ocorrência de metástases em linfonodos que permitem um esvaziamento linfonodal, cujos resultados são semelhantes àqueles que se obtêm quando a lesão primária é evidente. Assim, de 1953 a 1980, em 1499 pacientes, 60 não apresentavam lesão primária. Houve comprometimento de linfonodos axilares em 28 doentes, cervicais em 19 e inguinais em 13. A proporção é comparável à observada em outros serviços, assim como os resultados de sobrevida a 5 anos.

RESUMO 50

AUMENTO DE OCORRÊNCIA DO MELANOMA MALIGNO CUTÂNEO — POSSÍVEIS CAUSAS

Calvis L.A. , Bandiera D.C, Santos I.D.A.O, Belfort F.A., Zacharias D.P.M. e Silva J.G.

Hospital A.C. Camargo, São Paulo-Brasil

Atribuir este fato apenas a maior exposição aos raios solares nos parece difícil como tentativa para justificar diferenças tão acentuadas em períodos relativamente curtos. A nosso ver, devemos dirigir a investigação pesquisando a importância de fatores intrínsecos que seriam genéticos e raciais e, fatores extrínsecos dentre os quais colocamos causas ambientais, medicamentosas, dietéticas, infecciosas etc.

No Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente, de abril de 1953 a julho de 1986, foram matriculados 2130 pacientes portadores de Melanoma Maligno cutâneo. Em 1978, a porcentagem de doentes com essa neoplasia em relação aos pacientes com outras neoplasias cutâneas era de 11,3%. Em estudo comparativo, abrangendo o período de 1981/85, esta proporção atingiu 16,7%. Tais dados mostram a importância da investigação de todas as possíveis causas que contribuem para o aumento do melanoma.

RESUMO 51

REVISÃO HISTÓRICA DE MELANOMA MALIGNO DO HOSPITAL DE CÂNCER DE PERNAMBUCO

Lemos A , Menezes F, Holanda F, Laerson C, Cheusinho L, Pereira I. e Pinho J

Os autores apresentam revisão histórica da casuística registrada de melanoma durante o período de 1955 a 1984 do Hospital do Câncer de Pernambuco, enfatizando aspectos epidemiológicos, apresentação clínica e tratamento.

RESUMO 52

MELANOMA: PROGNÓSTICO SEGUNDO OS NÍVEIS DE CLARK E GRADUAÇÃO DE BRESLOW

Lucas H, Loureiro L.C., Correia D, Neves A, Martins M e Eiras Araújo A

Nos 85 casos (69,1%) do total de 123 Melanomas estudados no Serviço de Oncologia da Beneficência Portuguesa-RJ e em nossa clínica nos quais foram determinados os níveis de Clark, os AA procuram estabelecer a relação estadiamento-prognóstico. Apesar da dificuldade de agrupamento, correlacionam também a evolução dos 36 (29,2%) pacientes nos quais foram medidos os tumores pelos critérios de Breslow. Por outro lado, todos os 123 casos foram estadiados pela classificação clínica do M.D. Anderson Hospital. Desta forma, é feita avaliação objetivando concluir qual o valor de tais formas de estadiamento com fins de determinação prognóstica.

RESUMO 53

IMUNOTERAPIA ADJUVANTE COM BCG NOS MELANOMAS LOCALIZADOS E COM DOENÇA LOCO-REGIONAL TOTALMENTE RESSECADA

Nedda Maria Vasconcelos Novaes, Sebastião Cabral Filho, Eduardo Carvalho Brandão, Eduardo Nascimento, Eugênio Baumgratz Lopes, João Augusto Moreira Teixeira, Maria Nunes Álvares e Wagner Brant Moreira

Os autores apresentam um estudo retrospectivo de casos de melanomas malignos localizados e com doença loco-regional totalmente ressecada e submetidos a tratamento com BCG metanólico intradérmico por 24 meses.

Observou-se uma sobrevida de 90% para os casos localizados e 45% para aqueles com doença loco-regional. Como trata-se de estudo retrospectivo, sem grupo controle, foi realizada uma comparação com os dados da literatura havendo praticamente uma superposição de resultados, quando usou-se cirurgia exclusiva. Trabalhos recentes, comparando grupos-controle submetidos somente a cirurgia com outros submetidos a cirurgia mais qualquer outra forma de Imunoterapia, mostrou resultados semelhantes.

Considerando estes fatos além das possíveis reações colaterais ao BCG e ao trauma psicológico e físico sofrido pelos pacientes durante o tratamento, esta terapêutica foi interrompida em nosso Serviço.

RESUMO 54**MELANOMA MALIGNO DE CANAL ANAL. RELATO DE 3 CASOS**

Ademar Lopes, Marcelo Bandeira Coelho Dias, Everardo Leite Gonçalves e Fernando C. Gentil

Hospital A.C. Camargo — FAP

No período de 1953-1985 foram admitidos no Depto. de Cirurgia Pélvica do Hosp. A. C. Camargo da Fundação Antonio Prudente, 97 pacientes com câncer anal, dos quais 3 eram portadores de melanoma maligno.

Trata-se de um tumor raro (nesta localização) de mau prognóstico em geral, cuja única arma para tratamento é a cirurgia.

Dos 3 pacientes; 1 já apresentou-se com metástase hepática vindo a falecer 5 meses após a biópsia. Os outros 2 foram submetidos a A.A.P.R.

Ambos foram perdidos de seguimento após 2 e 3 anos respectivamente, sem neoplasia em atividade.

RESUMO 55**IDADE X ESTADIAMENTO CLÍNICO: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 161 CASOS DE MELANOMA MALIGNO**

Oswaldo Wolff Dick, Maria de Lourdes Rocha dos Santos, Ana Maria Piana, Francisco de Assis Rocha dos Santos e Jorge Alberto Frischenbruder

Hospital Santa Rita — Porto Alegre/RS

Os autores correlacionaram as variáveis idade e estadiamento clínico, em 161 casos de Melanoma Maligno, tratados no Hospital Santa Rita no período de janeiro de 1974 a dezembro de 1986. Na série em questão, houve um predomínio de pacientes na faixa etária de 40 a 49 anos (39 casos — 24,2%). A maior incidência de pacientes em estágio clínico I ocorreu na faixa etária de 6 a 14 anos, estágio clínico II na faixa etária de 15 a 19 anos, estágio clínico III nenhum caso e estágio clínico IV na faixa de 40 a 49 anos.

RESUMO 56**NÍVEL DE CLARK X ESTADIAMENTO CLÍNICO: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 87 CASOS DE MELANOMA MALIGNO**

Oswaldo Wolff Dick, Maria de Lourdes Rocha dos Santos, Ana Maria Piana, Francisco de Assis Rocha dos Santos e Jorge Alberto Frischenbruder

Hospital Santa Rita — Porto Alegre/RS

Os autores correlacionaram 87 casos de Melanoma Maligno, tratados no Hospital Santa Rita, no período de janeiro de 1974 a dezembro de 1986, com citação do Nível de Clark no anátomo-patológico da lesão primária.

Os resultados obtidos indicam que a associação mais freqüente foi Clark II com Estadiamento Clínico IA, Clark III com Estágio Clínico II, Clark IV com Estágio Clínico IB e Clark V com Estágio Clínico IV. Não houve nenhum caso de Clark I.

RESUMO 57

ESTUDO COMPARATIVO DE 163 CASOS DE MELANOMA MALIGNO TRATADOS NO HOSPITAL SANTA RITA (1974 A 1986)

Oswaldo Wolff Dick, Maria de Lourdes R. dos Santos, Ana Maria Piana, Francisco de Assis R. dos Santos e Jorge Alberto Frischenbruder

Hospital Santa Rita — Porto Alegre-RS

Os autores realizaram um estudo retrospectivo de 163 casos de Melanoma Maligno, com confirmação anátomo-patológica, atendidos no HSR, de janeiro de 1974 a dezembro de 1986. O objetivo foi relatar dados sobre a sua incidência e comparar, os mesmos, com os dados referentes à Literatura Mundial, Brasileira e Gaúcha. As variáveis epidemiológicas foram: sexo, raça, idade, topografia e procedência.

Os resultados expressaram um equilíbrio em relação ao sexo, predomínio na raça caucasiana (97,5%) e na faixa etária de 40 a 49 anos (25%). Com relação à topografia, a maioria dos casos teve a pele do tronco como sítio primário (31,9%). Na análise de cada sexo, tivemos o predomínio de tronco em homens e tronco e membros em mulheres. A procedência dos pacientes foi maior de Porto Alegre (índice absoluto) e de Esmeralda/RS (índice relativo).

RESUMO 58

MELANOMA MALIGNO — REVISÃO DE 161 CASOS QUANTO AO TNM, NÍVEL DE CLARK E ESTADIAMENTO CLÍNICO

Oswaldo W. Dick, Maria de Lourdes R. dos Santos, Ana Maria Piana, Francisco de Assis R. dos Santos e Jorge Alberto Frischenbruder

Hospital Santa Rita — Porto Alegre-RS

Os autores realizaram um estudo retrospectivo de 161 casos de Melanoma Maligno, com confirmação anátomo-patológica, atendidos no Hospital Santa Rita no período de janeiro de 1974 a dezembro de 1986, com o objetivo de verificar o estadiamento clínico dos pacientes no momento do diagnóstico (TNM), bem como o nível de Clark.

Os resultados quanto à freqüência foram os seguintes: houve um predomínio de Tx (56 casos — 39,8%), No (113 casos — 70,2%), Mo (133 casos — 82,6%) e estágio clínico I (106 casos — 65,8%). Quanto ao nível de Clark, dos 87 pacientes que foram avaliados, Clark IV foi o mais freqüente com 27 casos (31%).

RESUMO 59

MOTIVOS QUE LEVARAM PACIENTES PORTADORES DE MELANOMA MALIGNO AO HOSPITAL SANTA RITA

Oswaldo W. Dick, Maria de Lourdes R. dos Santos, Ana Maria Piana, Francisco de Assis R. dos Santos e Jorge Alberto Frischenbruder

Hospital Santa Rita — Porto Alegre-RS

Os autores analisaram os motivos que levaram 163 pacientes portadores de Melanoma Maligno, de janeiro de 1974 a dezembro de 1986, a procurarem um serviço oncológico.

Os dados obtidos revelaram que a maioria dos pacientes, ou seja, 140 casos (85,9%), procurou o Hospital após biópsia confirmando Melanoma Maligno. Somente 23 pacientes (14,1%) chegaram ao Hospital sem biópsia ou tratamento prévio. Dos 140 pacientes com biópsia prévia, 33 (23,6%) vieram para serem avaliados oncológicamente. Dos 23 pacientes sem biópsia prévia, a grande maioria, ou seja, 21 pacientes (91,3%) chegou ao Hospital portando, apenas, a lesão primária.

RESUMO 60

INDICAÇÕES E TRATAMENTO DE FRATURAS PATOLÓGICAS

Alencar P.G.C.

Com o advento das técnicas modernas de tratamento dos carcinomas, em especial químico, rádio e hormonioterapia, notou-se um significativo aumento da sobrevivência dos pacientes, e uma conseqüente maior ocorrência de metástases ósseas. Assim, tornou-se necessário um tratamento mais efetivo das fraturas patológicas, que elimine a dor e permita rápida mobilização e reintegração social do doente.

Neste trabalho são apresentados os casos dos pacientes tratados no Serviço de Ortopedia do Hospital Erasmo Gaertner, através da fixação de fraturas patológicas ou substituição de segmentos osteoarticulares por próteses especialmente desenhadas.

RESUMO 61

REPARAÇÃO MICROCIRÚRGICA NO CÂNCER DAS EXTREMIDADES

Braga A.C.C.R., Galvão M.S.L., Wance J.R.S. e Marsillac J.B.

Modernamente o tratamento dos tumores das extremidades compreendem, tanto uma ressecção adequada, quanto uma reconstrução que evite mutilações desnecessárias e que permita rapidamente a recuperação estética e funcional dos pacientes.

Os resultados obtidos com cirurgias conservadoras fizeram com que a reparação de tais defeitos se tornassem de suma importância, não só no ponto de vista da reconstrução mas também para possibilitar complemento de tratamento com outras modalidades terapêuticas.

O advento da Microcirurgia Reparadora permitiu ampla utilização de retalhos transplantados, nestes tipos de pacientes.

Os autores apresentam a experiência do Serviço de Microcirurgia Reparadora do Instituto Nacional de Câncer, em 20 pacientes operados conjuntamente com o Serviço de Tecidos Ósseos e Conectivos deste mesmo Instituto. Analisam os tipos de tumores operados, as ressecções empregadas, os defeitos encontrados e os retalhos que foram utilizados.

Concluem que a contribuição da reparação microcirúrgica no câncer das extremidades permite reconstrução em estágio único, evita hospitalização prolongada, ajuda no tratamento multidisciplinar e apresenta satisfatório resultado funcional nestes pacientes, levando-os a uma pronta reabilitação em seu convívio familiar.

RESUMO 62

EXPERIÊNCIA PESSOAL COM AMPUTAÇÕES RADICAIS POR TUMORES

Martins A.S., Tincani A.J. e Kellesli M.I.

Departamento de Cirurgia-Unicamp-Campinas

Os autores relatam sua experiência com hemipelvectomias e amputações inter-escápulo-torácicas, realizadas em Campinas a partir de 1980.

Durante este período foram realizadas 10 (dez) hemipelvectomias e 7 (sete) amputações inter-escápulo-torácicas. Todas as cirurgias foram indicadas para pacientes com patologias tumorais avançadas de cintura escapular e pélvicas, incluindo sarcomas de partes moles, tumores ósseos e carcinomas epidermóides avançados de pele, à exceção de um caso de melanoma.

A mortalidade operatória de amputações inter-escápulo torácicas foi nula, enquanto que a mortalidade de hemipelvectomias foi de 20%, em grande parte devida à fase avançada da doença em alguns pacientes.

Os autores discutem os aspectos técnicos, anátomo-patológicos, morbidade, mortalidade e sobrevida preliminar dos pacientes operados.

RESUMO 63

RECONSTRUÇÃO DE NEOLÍNGUA APÓS GLOSSECTOMIA TOTAL COM MIOCUTÂNEO DO GRANDE PEITORAL

Wandemberg M. Barbosa, Luís Saraiva e Ronaldo Costa

Hospital Umberto I — SP

Os autores demonstram 7 casos de Carcinoma avançado de língua que encontravam-se fora de possibilidades terapêuticas do ponto de vista Radioquimioterápico, que se submeteram à Glossectomia Total com Esvaziamento Cervical Bilateral (5 casos) e Laringofaringectomia total (2 casos). Houve 1 caso de óbito no PO imediato por sepsis e 1 após 1 ano assintomático do tumor por complicações inerentes a gastrostomia e peritonite. Um caso encontra-se com recidiva da doença 1 ano após a cirurgia, 2 casos contam com mais de 2 anos sem doença em atividade e 2 casos encontram-se em 3 e 4 meses de pós-cirurgia. Estatísticas de Grandes Centros revelam sobrevidas em torno de 25% em casos semelhantes, e achamos que esta cirurgia melhora sobremaneira a qualidade de sobrevida desses pacientes que padecem de dor e infecção local exalando terrível odor, o que os impede de qualquer convívio familiar.

RESUMO 64

RECONSTRUÇÃO DA PAREDE TORÁCICA

José Kogut, Walter Roriz de Carvalho, Rita de Cássia e Márcio Dibe

Nos procedimentos de tratamento cirúrgico dos tumores da parede torácica, sem dúvida que a demolição estrutural é diretamente proporcional à segurança que tem o cirurgião oncológico, na certeza de que não importa a extensão da lesão resultante, esta será sempre passível de reconstrução pela equipe de cirurgia plástica, o que lhe permite ampliar esta ressecção, obtendo ampla margem de segurança.

O trabalho em pauta é a demonstração do resultado deste procedimento multidisciplinar entre a equipe de cirurgia torácica do INCa., e o da cirurgia plástica reconstrutóra.

Trazemos nossa experiência em 22 casos de reconstrução de parede torácica e os cuidados pré, pós e transoperatórios. Nossa conduta baseia-se nas possibilidades reconstrutoras com o uso de 3 retalhos miocutâneos, o do músculo grande peitoral, o do grande dorsal e do reto abdominal.

As indicações são discutidas durante a projeção de diapositivos, assim como suas limitações e riscos. Os casos operados trouxeram não só novas possibilidades terapêuticas, como resultados muito gratificantes.

RESUMO 65

RETALHOS COM PEDÍCULO EM SUBCUTÂNEO NA REPARAÇÃO DE NEOPLASIA DE LÁBIO

Santos I.D.A.O., Falzone R. e Yojo L.M.

Disciplina de Cirurgia Plástica Escola Paulista de Medicina — Serviço do Prof. Jorge de Moura Andrews

Os autores discutem a classificação, as vantagens e as limitações dos retalhos em subcutâneo na reparação de áreas cruentas, após a ressecção de carcinomas da pele do lábio. Para exemplificar, apresentam 5 diferentes tipos de retalhos pediculados, enfatizando a sua versatilidade no formato e no tamanho e a segurança que eles nos proporcionam. Acreditam que os retalhos pediculados em subcutâneo não devem ser realizados nos pacientes onde não se tem certeza de que as margens de segurança da exérese estão livres de comprometimento neoplásico. Lembram que a área de descolamento do subcutâneo e portanto da possível disseminação por contaminação é muito grande. Concluem que esses retalhos são bastante eficientes na região dos lábios, devido a boa circulação proporcionada pelos ramos da artéria facial, principalmente quando esse pedículo está baseado sobre os músculos da região.

RESUMO 66

RESSECÇÕES DE TUMORES ÓSSEOS DA BACIA ATRAVÉS DE HEMIPELVECTOMIA INTERNA

Alencar P.G.C. e Pacheco L.R.L.

Em tumores ósseos de malignidade baixa ou intermediária localizados na pelve, rádio e quimiorresistentes, a cirurgia é o único tratamento possível. As hemipelvectomias trazem graves problemas de fundo funcional e psicológico. Não há próteses adequadas para uso após este tipo de operação.

As ressecções parciais da bacia em casos selecionados, quando adequadamente realizadas, têm a mesma margem de segurança que as hemipelvectomias convencionais, mas preservam o membro inferior, e permitem deambulação mesmo sem bengalas ou muletas.

São apresentados as indicações, técnicas e resultados dos casos tratados pelos autores.

RESUMO 67

O TRANSPLANTE DO MÚSCULO RETO ABDOMINAL NA REPARAÇÃO DOS DEFEITOS DA FACE E EXTREMIDADES

Wance J.R.S., Galvão M.S.L. e Braga A.C.R.

Descrito inicialmente para o uso na reconstrução dos defeitos pós-mastectomias, a rotação do retalho pediculado do músculo reto abdominal foi amplamente difundido.

Com o advento da Microcirurgia Reparadora, o domínio das técnicas microcirúrgicas, o músculo reto abdominal começou a ser usado como retalho livre, para reconstruções de defeitos na face e extremidades, com cirurgias em apenas um único estágio.

O presente trabalho mostra a experiência da Seção de Microcirurgia Reparadora do Instituto Nacional de Câncer, com transplante microcirúrgico do músculo reto abdominal.

Estudam a utilização do retalho livre em 15 pacientes. Aonde analisam a anatomia, a fisiologia, a dissecação microcirúrgica e os transplantes realizados, bem como os resultados obtidos.

Devido à facilidade de dissecação, ao vasto e confiável território vascular com pedículo longo e calibroso, possibilitando reconstruções complexas após cirurgias alargadas, fazem com que os autores concluam que o transplante do músculo reto abdominal presta excelente contribuição aos portadores de grandes deformidades da face e extremidades.

RESUMO 68

CIRURGIA CONSERVADORA PARA OS TUMORES DA REGIÃO ESCÁPULO-UMERAL: CIRURGIA DE TIKHOFF-LIMBERG

Ademar Lopes , Francisco Salvio C. Pinto, Itamar T.N. Epifânio, Marcelo Bandeira Coelho Dias,
Everardo Leite Gonçalves e Fernando C. Gentil

Hospital A.C. Camargo — FAP

Os autores descrevem 4 casos de neoplasias malignas da região escápulo-umeral que foram tratados pela Cirurgia de Tikhoff-Limberg no Dept.º de Cirurgia Pélvica do Hosp. A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente.

Mostram as indicações, a técnica cirúrgica e os resultados obtidos com este tipo de operação.

Chamam a atenção para o fato de que esse é um procedimento ainda pouco divulgado na literatura médica nacional e que permite a conservação do membro superior em um certo número de pacientes que anteriormente o perdiam quando tratados pela amputação interscápulo-torácica ou desarticulação escápulo-umeral. Nos casos descritos não houve nenhum prejuízo no controle local da doença.

RESUMO 69

TRATAMENTO DOS SARCOMAS ÓSSEOS COM CIRURGIA CONSERVADORA DOS MEMBROS

Alencar P.G.C.

A possibilidade de ressecção em bloco de tumores ósseos malignos primitivos e substituição por próteses especialmente confeccionadas permite evitar amputações, em casos selecionados. Para tal é necessário tratamento o mais precoce possível e a atuação de equipe multidisciplinar.

O autor apresenta a experiência do Hospital Erasto Gaertner em casos de osteossarcomas e condrossarcomas tratados com preservação da extremidade afetada, indicações e contra-indicações, e outros aspectos dos casos de substituição de fêmur, úmero e tibia.

Não há alteração no prognóstico em relação a pacientes amputados, desde que a cirurgia seja realizada com critérios oncológicos; há, sim, uma diferença notável nas funções do paciente e em sua qualidade de vida.

RESUMO 70**INDICAÇÕES CIRÚRGICAS NAS LESÕES NÉVICAS**

Calvis L.A., Bandiera D.C., Santos I.D.A.O., Belfort F.A., Zacharias D.P.M. e Silva J.G.

Hospital A.C. Camargo — São Paulo-SP

O n.º de lesões névicas observadas em indivíduos de raça branca varia de 14 a 25. Evidentemente, nem todas devem ser tratadas cirurgicamente, assim como nem todas devem ser conservadas. A posição do Oncologista diante destas lesões nem sempre é cômoda. No Departamento de Cirurgia do Tegumento, Partes Moles e Ossos, estes casos são analisados à luz das informações da anamnese e do posterior exame clínico. Após apreciação cuidadosa dos vários dados, às vezes isoladamente, outras vezes em conjunto é estabelecida uma conduta. Na anamnese são feitas perguntas com a finalidade de investigar se a lesão é congênita ou adquirida e se adquirida qual o tempo de aparecimento. É também importante saber se há sangramento aos pequenos traumatismos, se há prurido, se está apresentando alterações na cor, se está havendo crescimento, informações sobre a história familiar e o grau de preocupação do paciente em relação à lesão. Ao exame clínico, os dados de importância são: localização, tamanho, forma, aspectos da borda da lesão, cor, presença de pêlos, turgor, brilho e halo. Do julgamento de todas estas variáveis surge a indicação cirúrgica ou conservadora.

RESUMO 71**MICROCIRURGIA REPARADORA: INDICAÇÕES E RESULTADO DE 120 TRANSPLANTES MICROCIRÚRGICOS**

Mario S.L. Galvão

Instituto Nacional de Câncer -RJ

O autor apresenta a sua experiência no tratamento microcirúrgico do câncer da Cabeça e Pescoço e das Extremidades dos últimos 6 anos.

Aproximadamente 120 transplantes microcirúrgicos foram realizados para reconstruir defeitos pós-ressecção tumoral craniofacial, faringolaringectomia total, parotidectomias, ressecção de unidades estéticas da face, tumores do assoalho da boca, tumores de mandíbula, e tumores de partes moles das extremidades.

Vários transplantes microcirúrgicos ilustram o trabalho científico sendo demonstrado os seguintes retalhos: transplante de jejuno, retalho do músculo grande dorsal, retalho do músculo reto abdominal, retalho escapular horizontal e vertical, retalho do deltóide, retalho do dorso do pé, retalho da virilha, retalho do músculo gracillis, transplante de costelas, e enxerto de nervo sural.

O autor enfatiza a amputação microcirúrgica com reimplante da extremidade distal não afetada pelo tumor em pacientes devidamente selecionados, sendo mandatório o uso da lupa na abordagem da ressecção de determinados tumores com preservação de estruturas nobres sem, no entanto, comprometer a margem de segurança do tumor. Denominou-se o termo "ressecção microcirúrgica" à ressecção de determinados tumores que envolvem vasos e nervos nobres, aonde esta abordagem permite preservar estruturas e melhor visualização da invasão tumoral.

RESUMO 72

REPARAÇÃO DE ÁREA DE DRENAGEM LINFÁTICA COM RETALHOS MÚSCULO-CUTÂNEOS, APÓS RESSECÇÃO DE CÂNCER NA PELE

Ivan Dunshee de Abranches Oliveira Santos

Disciplina de Cirurgia Plástica do Departamento de Cirurgia da Escola Paulista de Medicina

Com o objetivo de avaliar as vantagens e as complicações dos retalhos músculo-cutâneos na reparação plástica em área de drenagem linfática após a ressecção de grandes neoplasias, analisamos uma série de 32 pacientes que operamos consecutivamente no Hospital A.C. Camargo e na Escola Paulista de Medicina. Avaliando os resultados como reparações plásticas, concluímos que os retalhos músculo-cutâneos apresentam boa viabilidade, com 88,2% de bons resultados imediatos e 94,1% de bons resultados tardios. Estudamos também os diferentes fatores prognósticos que influíram na sobrevida global e no intervalo livre de doença. Uma análise univariada apresenta as variáveis histologia, tempo de evolução e presença de gânglios positivos como significativas. No entanto, a análise multivariada de todos os fatores mostra que o comprometimento ganglionar é a única variável que apresenta real valor prognóstico, pois obtivemos 88,8% de sobrevida a 5 anos para os pacientes sem comprometimento ganglionar e no entanto, nenhum paciente teve sobrevida maior que 2 anos quando apresentavam gânglios positivos.

RESUMO 73

RESSECÇÕES HEPÁTICAS MAIORES POR METÁSTASES DE CÂNCER COLORRETAL

Raul Cutait, Eduardo Carone, José Luiz Borges, Marcelo Averbach, Paulo Correa e Daher Cutait

Os autores apresentam sua experiência com ressecções hepáticas maiores por lesões metastáticas originárias de câncer colorretal. Onze pacientes, 6 com metástases sincrônicas e 5 com metacrônicas, foram submetidos aos seguintes procedimentos: hepatectomia direita: 6 casos; hepatectomia direita ampliada: 2 casos; hepatectomia esquerda: 1 caso; segmentectomia: 2 casos. Três pacientes evoluíram no pós-operatório com fístula biliar que se resolveram espontaneamente entre 2 e 4 semanas e um paciente, após hepatectomia direita ampliada, apresentou insuficiência hepática, que resultou em óbito no 15.º P.O.

Do ponto de vista evolutivo, 3 pacientes apresentam-se sem evidência de doença com 9 a 12 meses de seguimento; 2 apresentam-se com evidência de doença com 34 e 37 meses de evolução; 5 obituaram por doença entre 8 e 45 meses de evolução; 1 paciente faleceu no P.O. por insuficiência hepática.

Alguns aspectos técnicos serão discutidos na apresentação.

RESUMO 74

RECONSTRUÇÃO DE PAREDE TORÁCICA PELO EMPREGO DE DUPLA PRÓTESE DE METILMETACRILATO E POLIPROPILENO — RELATO DE 5 CASOS

Wandemberg de Miranda Barbosa e André Luís de Miranda Barbosa

São Paulo-SP

O autor demonstra 5 casos de reconstrução de parede torácica incluindo costelas e esterno, pelo emprego de Dupla Prótese de Metilmetacrilato moldado durante o ato cirúrgico juntamente com uma tela de polipropileno. Em 3 casos houve necessidade deste tipo de ressecção em caráter higiênico por infiltração carcinomatosa da mama após recidivas locais sem evidências de doença a

distância. Um caso de Condrossarcoma de Mandíbula com Metástases em Esterno, 1 caso de infiltração de Carcinoma Espinocelular em axila esquerda recidivado com infiltração de parede torácica com ressecção de costelas, Esterno e Desarticulação Interescápulo Torácica.

Não houve complicações pós-operatórias de grande monta, exceto em 1 caso com secreção local, debelado com curativos e antibioticoterapia com identificação do germe com antibiograma. Resultados funcionais e estéticos bastante satisfatórios.

RESUMO 75

RECONSTRUÇÃO DO COMPLEXO ARÉOLO-MAMILAR

Rita de Cassia Cesar e Souza

Instituto Nacional de Câncer (RJ)

A reconstrução do complexo aréolo-mamilar é o 2.º tempo de reconstrução da mama.

O trabalho traz as diferentes condutas para esta reconstrução desde a apresentação de técnicas utilizando a aréola e o mamilo contralateral até a neoformação de ambas estruturas.

Os resultados foram melhores do momento que começamos a fazer a reconstrução individualizada, aréola e mamilo, criando-se estruturas anatômicas bem definidas e definitivas.

RESUMO 76

RETALHO NASOGENIANO DE PEDÍCULO SUBCUTÂNEO COM ROTAÇÃO

Rita de Cassia Cesar e Souza

Instituto Nacional de Câncer (RJ)

Por ser a face um dos sítios de maior aporte sangüíneo do corpo humano, qualquer retalho que se planeje fazer, terá irrigação suficiente para o manter com vitalidade.

Baseado nisso, resolvemos elaborar esse trabalho sobre o retalho nasogeniano com rotação.

Esse trabalho mostra as vantagens do retalho como reconstrução de diversas áreas da face, como por exemplo, vertente nasal, pálpebras, região labial, mentoniana, sulco nasal com ou sem perda da asa.

Podemos com essa rotação duplicar o comprimento do retalho aumentando seu alcance, sem termos a preocupação de levar pêlos quando o paciente tem barba.

RESUMO 77

RETALHOS MIOCUTÂNEOS TOTAIS DE BRAÇO E QUADRÍCEPS PÓS-AMPUTAÇÃO RADICAL DOS MEMBROS

Martins A.S., Tincani A.J. e Kellesli M.I.

Departamento de Cirurgia — Unicamp — Campinas

Os autores apresentam 3 casos de amputações radicais de membros por tumores, sendo um caso de amputação interescapulo-torácica e 2 casos de hemipelvectomias.

Devido ao volume e à localização dos tumores nestes pacientes, houve necessidade de idealização de um retalho mioneurovasculocutâneo original de quadríceps em 2 casos e idealização de um retalho mioneurovasculocutâneo total de músculo do braço em outro paciente.

Em todos os 3 pacientes a viabilidade dos retalhos foi de 100% e sua utilização em algumas neoplasias da região escapular e pélvica representa, senão a única, uma excelente alternativa para fechamento dos grandes defeitos após amputação de grande porte em extremidades.

RESUMO 78

RECONSTRUÇÃO COM RETALHO MIOCUTÂNEO INFRA-HIÓIDEO NA CIRURGIA DOS TUMORES DA CABEÇA E PESCOÇO

Ronaldo L.R. Costa , Wandemberg M. Barbosa, Luis C. Saraiva, João C. Creão, Nelson Zilli e Nelma Costa

Serviço de Cir. Oncológica do Hospital Umberto I — São Paulo-SP

Os autores apresentam as bases técnicas e a aplicação clínica do retalho miocutâneo infra-hióideo, descrito por Wang em 1986, na reparação de perda de substância intra-oral pós-cirurgia demolitiva de tumores da cavidade oral. Tal retalho, pediculado na artéria tireóidea superior e seus ramos anteriores, apresenta boa versatilidade e segurança, com dimensões de 40 a 60cm², pedículo uni ou bilateral e inervação motora, sendo mais um valioso recurso técnico na abordagem cirúrgica dos pacientes com tumores da cabeça e pescoço.

RESUMO 79

RECONSTRUÇÃO PERINEAL EM CIRURGIA ONCOLÓGICA

Wandemberg M. Barbosa e André Luís Barbosa

Hospitais Umberto I e Santa Catarina — São Paulo-SP

Os autores apresentam 4 casos de reconstrução perineal e inguinal, utilizando retalho miocutâneo do músculo "Gracilis" após ressecções alargadas nessa região. O índice de segurança com o conhecimento da situação anatômica e dos pedículos vasculares deste músculo é de fundamental importância após Vulvectomias Radicais, Amputação abdômino-perineal do reto com grandes ressecções de pele perianal, enfim toda situação em que o cirurgião oncológico se depara ao efetuar grandes ressecções nesta região. O arco de rotação deste retalho torna possível também o acesso às regiões inguinal e trocanteriana. Houve perda total em 1 dos nossos casos em virtude da paciente ter se submetido à radioterapia na raiz da coxa com comprometimento do principal pedículo arterial do referido músculo.

RESUMO 80

ESCAPULECTOMIA TOTAL RADICAL AMPLIADA — MODIFICAÇÃO TÉCNICA PARA CONSERVAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR

Wandemberg de Miranda Barbosa

Hospital Santa Catarina — São Paulo-SP

O autor demonstra 1 caso de Escapulectomia Total Radical Direita, em que houve necessidade de ressecção de toda a musculatura peri-escapular que apresentava-se com a terceira recidiva de um "Sarcoma Osteogênico".

Após a ressecção procedemos a fixação do membro superior direito à Parede Torácica, com uma lâmina de Pericárdio Bovino e proteção da mesma do plano subcutâneo pela utilização de retalho miocutâneo do "Latissimus Dorsi".

A proteção da Cabeça Umeral e o impedimento do contato da mesma ao plexo braquial e vasos axilares foi realizada pela confecção de uma Neocápsula por nós idealizada pela eversão das fibras do "Serratil Maior" suturada ao coto capsular umeral.

Esse detalhe técnico inexistente em publicações consultadas na Literatura Mundial.

RESUMO 81**RETALHOS MIOCUTÂNEOS EM CIRURGIA ONCOLÓGICA****Wandemberg M. Barbosa e André L.M. Barbosa****Hospital Umberto I (Ex-Matarazzo) — São Paulo-SP**

O emprego dos Retalhos Miocutâneos em Cirurgia Oncológica facilitou e propiciou sobremaneira as ressecções que envolvem grandes áreas de parede Torácica, Abdominal, Membros, Face e Pescoço.

Apresentaremos 12 casos em cirurgia da Cabeça e Pescoço, 6 casos de Parede Torácica, 5 casos de reconstrução perineal e 1 caso após Escapulectomia Total para proteção de prótese heteróloga para fixação do membro superior. Os retalhos utilizados foram os miocutâneos do Grande Peitoral, Gracilis, e Latissimus Dorsi. O pequeno número de Complicações envolvendo perda parcial de pele em 1 caso e perda total do Gracilis (por Radioterapia prévia comprometendo o pedículo principal) nos encoraja a continuar esse método com ampla aplicabilidade na Cirurgia Oncológica.

RESUMO 82**CONSIDERAÇÕES SOBRE A RECONSTRUÇÃO APÓS GASTRECTOMIA TOTAL
AVALIAÇÃO ENTRE A TÉCNICA DE ROUX E INTERPOSIÇÃO DE ALÇA JEJUNAL****Joaquim Branco, Christine Miranda, Paulo Couto e Telma Rocha****Hospital do Câncer de Pernambuco**

Os autores tratam da reconstrução da continuidade alimentar após gastrectomia total para câncer. Após haver dado no passado preferência a esofagoduodenostomia com alça jejunal interposta, e em épocas recentes, utilizam a esofagojejunostomia a ROUX.

Através de alguns estudos fisiopatológicos comparativos, detém-se hoje numa escolha de modalidade reconstrutiva após gastrectomia total para câncer que deve ser essencialmente guiada pelo bom senso, em relação à: urgência do intervento cirúrgico, idade do paciente, condições gerais, estágio da neoplasia e a sua curabilidade ou não, e, assim, em última análise, a expectativa de vida.

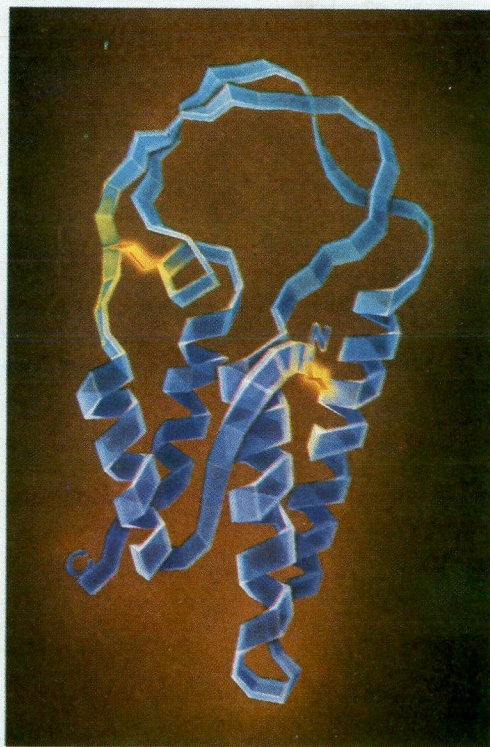
RESUMO 83**TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES DO OUVIDO MÉDIO****Geraldo Matos de Sá e Feliciano Pinto****Instituto Nacional de Câncer — Rio de Janeiro-RJ**

Os tumores do ouvido médio constituem um difícil capítulo da oncologia, devido às dificuldades que oferecem desde o estabelecimento do diagnóstico e estadiamento, até a determinação do tratamento. A principal causa desta dificuldade reside no fato do ouvido médio ser contido num estojo ósseo constituído pela porção petrosa do osso temporal que por sua vez encontra-se atravessado por importantes vias nervosas e vasculares, como também envolvido por verdadeiro lago sanguíneo distribuído pelas fossas média e posterior.

A cirurgia tem sido indicada como um dos tratamentos destes tumores, e apesar das graves implicações de sua realização vem sendo utilizada em selecionados casos.

O presente trabalho refere-se a este tratamento, analisando-o quanto suas indicações, complicações e resultado final.

**A Schering
está lançando no Brasil
o primeiro
Interferon Alfa
produzido
por engenharia genética.**



SCHERING E INTRON-A
COLOCAM À SUA DISPOSIÇÃO
OS RESUMOS DA MAIS
RECENTE LITERATURA MUNDIAL
SOBRE INTERFERONS



Para receber no endereço de sua preferência os resumos das principais e mais recentes publicações sobre os Interferons, basta agora solicitá-los através do representante Schering.

INTRON A
INJETÁVEL/marca de INTERFERON ALFA-2b



RESUMO 84

FECHAMENTO DE PAREDE ABDOMINAL EM PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIA

Eduardo Linhares , Nelson Jabour Fiod, José Humberto Simões Correa, Odilon de Souza Filho,
José Paulo de Jesus e Jurandir de Almeida Dias

Um estudo prospectivo randomizado compara sutura contínua vs interrompida no fechamento da parede abdominal de pacientes portadores de neoplasia. Cinquenta pacientes foram randomizados entre a forma de fechamento da parede e estratificados quanto à idade, sexo, tipo de ferida, uso de QT e/ou radioterapia prévia, albumina sérica $>$ ou $<$ 3, tipo de incisão, Doenças Associadas (D.P.O.C. ou Patologia Urinária Obstrutiva Baixa) e quanto ao caráter da cirurgia (Radical ou Paliativa). Os resultados foram analisados com relação à descrença parcial ou total da aponevrose, com ou sem evisceração e hérnia incisional.

RESUMO 85

LINFOMA DE RETO: ESTUDO DE 5 CASOS E REVISÃO DA LITERATURA

Fernando Bezerra , Eduardo J Buarque, Alfredo Guarischi, Firmino Gomes, Lury Tanabe e Jorge
H. Mattos

Hospital de Oncologia, INAMPS-RJ (Serviço de Cirurgia Oncológica, Oncologia Clínica e
Anatomia Patológica)

Nos linfomas generalizados existe envolvimento do cólon ou reto em cerca de 10% dos casos. O linfoma primário do reto é extremamente raro (0,1% dos tumores malignos do reto). A grande maioria são linfossarcomas ou sarcomas de células reticulares. Clinicamente estes tumores apresentam-se com sangramento retal, mudança de hábito intestinal, sensação de corpo estranho retal, tenesmo ou tumoração protrusa. Sendo uma patologia pouco freqüente a melhor conduta terapêutica ainda não está definida. O tratamento cirúrgico radical, a radioterapia (XRT) isolada e a quimioterapia (QT) tem sido utilizados como terapêutica por vários grupos.

Nos 4 últimos anos 5 portadores de linfoma do reto foram tratados no Hospital de Oncologia, INAMPS-RJ. Em 4 casos a lesão era primária e em 1 paciente havia linfoma disseminado que também comprometia o reto. Todos os pacientes, com exceção de um paciente submetido à cirurgia exclusiva, foram tratados em protocolos de poliquimioterapia. Apesar da boa resposta inicial à QT, 3 pacientes apresentaram progressão da doença e foram ao óbito no período de um ano. O paciente submetido a tratamento cirúrgico exclusivo está com sobrevida de 4 anos. Uma paciente com linfoma primário do reto submetida à QT está viva há 3 anos em remissão completa.

São discutidos os aspectos relativos à classificação histológica e a abordagem terapêutica empregada. Análise da literatura realizada é discutida.

RESUMO 86

TRATAMENTO DA DOENÇA DE HODGKIN (DH) — EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE LINFOMAS

Carlos Augusto V. de Andrade, Mário Alberto D.L. da Costa e Roberto de Almeida Gil

Instituto Nacional de Câncer — Rio de Janeiro-RJ

Entre 7/83 e 8/86 24 pacientes (Pts.) com DH foram tratados com MOPP (dose máx. VCR = 2mg) e radioterapia (RT) em local de doença volumosa (DV-massa mediastinal \geq 1/3 do diâmetro máx. do tórax ou massa \geq 10cm).

Características da população: idade mediana — 37a; sintomas B-10 Pts.; DV-11 Pts.; IB-1 (DV): IIA-5 (DV); IIB-5 (3DV); IIIA-7 (1DV); IVA e IVB-4 (1DV).

Resposta completa (RC) ocorreu em 17 Pts. (70,8%); resposta parcial (RP) em 3 (12,5%); e progressão de doença (PD) em 4 (16,7%). Tempo de acompanhamento mediano — 27m. Sobrevida global atuarial — 61,3%; sobrevida livre de doença atuarial — 41%; 4/17 Pts. em RC recidivaram (23%); 2 Pts. morreram sem evidência de doença (SED); 4 Pts. estão vivos com doença. Nenhum dos Pts. com RP, PD ou recidiva foi resgatado com sucesso. Onze/13 Pts. com sintomas A e 6/10 com sintomas B entraram em RC ($p=NS$). DV e idade > 40a não foram fatores de mau prognóstico para obtenção de RC ou sobrevida. Em 25% dos casos observou-se prescrição inadequada não justificada do tratamento. Houve 1 óbito por toxicidade hematológica em um Pt. de 77a previamente irradiado.

Desde 2/86 temos usado o protocolo C-MOPP/ABV híbrido (CTX-650mg/m² dia 1, VCR-1,4mg/m² dia 1, PCZ-100mg/m² dia 7, PDN-40mg/m² dia 14, ADM-35mg/m² dia 8, BLEO-10mg/m² dia 8 e VLB-6mg/m² dia 8 com ciclos repetidos 28/28 dias x 6 ciclos) e RT em locais de DV. Até o momento 11 Pts. completaram o tratamento, havendo RC em 10 (90,1%). Com acompanhamento mediano de 11m, observou-se 1 recaída. Um Pt. faleceu 8m após o término do tratamento SED; 9 Pts. estão vivos SED, sendo que um deles após resgate com RT. A toxicidade foi moderada, com 2 internações por leucopenia e febre.

Concluimos que os nossos resultados com MOPP são semelhantes aos apresentados por outros grupos, e que para sua otimização é necessário estrito seguimento ao protocolo originariamente descrito pelo NCI. A introdução de C-MOPP/ABV híbrido, apesar do pequeno número de pacientes e do curto período de acompanhamento, mostra resultados promissores.

RESUMO 87

LINFOMA NÃO HODGKIN PRIMITIVO DA MAMA: 2 CASOS

Lucas H, Neves A, Lara R, Trigo O, Santos T. e Eiras Araujo A

São apresentados 2 casos de Linfoma Primitivo da Mama, diagnosticados e tratados no Serviço de Oncologia da Beneficência Portuguesa-RJ. Trata-se de manifestação extremamente rara da doença, com incidência oscilando entre 0,13 e 2,2% na literatura internacional. Histologicamente, esses Linfomas Não Hodgkin originam-se em linfócitos B, correspondendo atualmente pela classificação da "Working Formulation" a intermediário grau de malignidade. O 1.º caso apresentado, mulher com 41 anos, foi submetida à Mastectomia Radical e associação química, tendo sobrevivido 21 meses. No 2.º caso, mulher com 81 anos, não pudemos empregar QT intensiva, pelos efeitos colaterais surgidos; teve apenas 7 meses de sobrevida. Considerando o mau prognóstico registrado na literatura em tais casos, aconselham-se esquemas quimioterápicos agressivos de início. Assim também, a Mastectomia Radical, nos casos possíveis, tem importante indicação.

RESUMO 88

LINFOMAS NÃO HODGKIN TRATADOS COM CHOP — EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE LINFOMAS INCa

José Luiz Martino, João Bosco Matos Fontes, Pedro Carvalho Rodrigues e Roberto de Almeida Gil

Os autores apresentam um estudo de 31 pacientes portadores de Linfoma Não Hodgkin (LNH) tratados com CHOP nesta Instituição no período de outubro de 83 a agosto de 87 com o objetivo de avaliar a eficácia e toxicidade do esquema CHOP. Não houve predomínio de sexo; idade mediana foi de 57 anos (22 a 79 anos), estágio clínico I e II foi de 32,3% e III e IV de 67,7%; PS de 0-2 foi de 93,5%; sintomas A de 67,7% e sintomas B de 32,3%, sítio primário de doença foi

nodal em 71% dos casos e extranodal em 29% dos casos. Todos os pacientes tiveram diagnósticos histologicamente comprovados por biópsia e classificados segundo Kiel em alto grau (51,6%) e baixo grau (48,4%). O seguimento mediano foi de 16 meses (1 a 48) e foram administrados em média 5,5 ciclos de CHOP.

RESULTADOS: Resposta completa foi obtida em 61,3% (19 de 31 pac), resposta parcial em 25,8% (8 em 31) e progressão de doença em 12,9% (04 em 31). A sobrevida global projetada foi de 54% e não houve diferença significativa entre os grupos (alto grau 44% e baixo grau 58%) $P > 0,05$. A sobrevida mediana global não foi atingida. A sobrevida livre de doença para os linfomas de alto e baixo grau foi respectivamente de 71% e 66% ($P > 0,05$). A toxicidade foi aceitável não havendo mortes relacionadas ao tratamento. **CONCLUSÃO:** Os resultados apresentados com CHOP não diferem dos resultados apresentados pela literatura. Até o presente momento não há diferença significativa em sobrevida livre de doença dos pacientes com linfomas de alto e baixo grau testados com CHOP.

RESUMO 89

RESULTADOS PRELIMINARES DO TRATAMENTO DE LINFOMA LINFOBLÁSTICO (LL) E INDIFERENCIADO TIPO BURKITT (LB) COM O PROTOCOLO NCI 77/04

F. Job, S. Roithmann, T. Onsten, R. Gorgot, M. Schaan, L. Mello e E. Rodrigues

Serviço de Hematologia do HCPA

Antes de 1977, os linfomas não-Hodgkin, entre eles o LL e o LB, apresentavam, nas melhores estatísticas, uma sobrevida menor que 30% e mesmo assim só para as formas localizadas. O grupo do NCI elaborou um protocolo (NCI 77/04) aplicado a LL e LB tanto localizado como disseminado de que resultou uma sobrevida de 81% e 94% respectivamente em 3 anos. No Serviço de Hematologia do HCPA, estamos usando este protocolo desde dezembro de 1985. Esta comunicação tem por objetivo informar sobre nossa experiência com sua flexibilidade, toxicidade, tolerância e resposta clínica. Nosso grupo de pacientes consiste de 7 crianças, das quais 5 com diagnóstico de LL e 2 de LB. Todos tinham doença disseminada caracterizada por comprometimento ganglionar difuso, ósseo, medular, envolvimento de SNC e/ou testículos. O tempo de acompanhamento varia de 4 a 22 meses. O principal efeito tóxico foi mucosite, após uso de metotrexate. O único óbito decorreu de septicemia em criança com mucosite grave. A incidência de infecção, quando neutropênicos, foi pequena. Todos os pacientes entraram em remissão, sendo que 3 persistem em remissão, 1 apresentou recaída no SNC, voltando à remissão com a continuidade do tratamento, 2 tiveram recaída em gânglios, SNC, ossos, medula óssea e/ou testículo e foram retirados do protocolo. Os autores concluem preliminarmente que neste grupo as complicações foram pequenas, considerando a agressividade do esquema. Ele é de fácil execução, os quimioterápicos necessários são disponíveis e não faz uso de radioterapia na profilaxia da doença no SNC. Houve pouca morbidade e boa resposta clínica, especialmente considerando que todos os pacientes apresentavam doença disseminada.

RESUMO 90

LINFOMA EXTRANODAL DA CABEÇA E PESCOÇO

Luiz Henrique José Pinto e Luís Souhami Filho

Instituto Nacional de Câncer — Rio de Janeiro-RJ

No período de janeiro de 1968 a março de 1986, 51 pacientes portadores de linfoma extranodal da cabeça e pescoço receberam tratamento no Instituto Nacional de Câncer. A idade mediana dos pacientes foi de 60 anos, sendo 28 do sexo feminino e 23 do sexo masculino; todos os casos foram classificados histologicamente como de prognóstico desfavorável. O seguimento médio foi de 23 meses. O local mais comumente acometido foi amígdalas (23 pts) seguido de rinofaringe (6 pts) e glândula parótida (4 pts). O estágio clínico IIE foi o mais freqüente encontrado (35%), sendo 29% dos casos estágio IE, 28% estágio IVE e 8% estágio IIIE. O tratamento inicial instituído foi quimioterapia somente em 17 pacientes, radioterapia somente em 15 pacientes e radioterapia e quimioterapia combinados em 15 pacientes. Apenas 4 pacientes não receberam qualquer tipo de tratamento. Dos pacientes que receberam radioterapia 86% eram estádios IE/IIIE contra 41% dos tratados com quimioterapia exclusiva. A resposta obtida aos diversos esquemas de tratamento foi completa em 61% dos casos. Dos pacientes que receberam radioterapia, 80% atingiram resposta completa, contra 60% no grupo que recebeu tratamento combinado e 47% no grupo que recebeu quimioterapia somente. A sobrevida global foi de 28% em 10 anos. Os pacientes que receberam radioterapia somente tiveram uma sobrevida global de 50% em 10 anos, os que receberam quimioterapia 23% e os que receberam tratamento combinado 25%. Conclui-se que a radioterapia é um método eficaz para o tratamento dos linfomas não-Hodgkin extranodais da cabeça e pescoço em estádios iniciais; ficando a quimioterapia reservada para o uso exclusivo ou em combinação com radioterapia nos estádios mais avançados da doença.

RESUMO 91

QUIMIOTERAPIA COM MOPP EM DOENÇAS DE HODGKIN. AVALIAÇÃO A 5 ANOS

Mary da Silva Thereza, Sebastião Cabral Filho, Eduardo Nascimento, Eduardo Carvalho Brandão, Eugenio Baumgratz Lopes, João Augusto Moreira Teixeira, Maria do Carmo de Lima Rodrigues Vieira, Maria Nunes Álvares, Nedda Maria Vasconcelos Novaes e Wagner Brant Moreira

Os dados aqui apresentados foram colhidos das fichas médicas dos pacientes retrospectivamente não havendo portanto nenhum rigor na seleção dos pacientes para o tratamento e a indicação seguiu a política de tratamento existente no Serviço em cada época. Exceto os 4 pacientes que não completaram o 1.º ciclo de tratamento todos os demais foram incluídos como avaliáveis mesmo aqueles que não completaram os 6 ciclos de indução. A maioria dos pacientes aqui estudados congregavam vários fatores de mau prognóstico ao mesmo tempo: Estádio clínico avançado (51% EC IV), Sintomas Gerais (75,3%) e Histologia desfavorável (76,4%). Isto explica provavelmente o baixo índice de remissões completas comparados aos demais trabalhos publicados na literatura. É necessário ainda acrescentar que boa parte destes pacientes se apresentavam para tratamento com grande volume tumoral e com comprometimento acentuado do estado geral além de graus variáveis de desnutrição uma vez que a maioria pertence a classes sociais menos favorecidas. O índice total de respostas de 87% corresponde aos encontrados na literatura. Se considerarmos que muitos pacientes foram completamente indisciplinados para seguirem o tratamento ou por um baixo nível intelectual, ou por problemas econômicos não seguindo adequadamente as datas marcadas e provocando aumentos constantes nos intervalos entre os ciclos, podemos considerar a sobrevida de 58% a 5 anos como muito boa, e praticamente superponível aos melhores resultados da literatura.

RESUMO 92

ESTADIAMENTO CLÍNICO-CIRÚRGICO DA DOENÇA DE HODGKIN

Paulo Cesar Frutuoso, Josélio Martins Franco, Ray Alves dos Santos, Antonio Lucas B. Tenuta e Márcia Ayres da Motta

Hospital Mário Kroeff, Rio de Janeiro, Brasil

Os autores após ressaltarem a importância da linfangiografia e laparotomia para estadiamento da doença de Hodgkin, estabeleceram comparação entre as imagens radiológicas linfangiográficas e os achados cirúrgicos. Num total de 7 (sete) pacientes portadores da doença de Hodgkin submetidos a ambos procedimentos para estadiamento, obtiveram os seguintes resultados: 2 (dois) casos de linfangiografia negativa com laparotomia negativa, 3 (três) casos de linfangiografia positiva com laparotomia negativa, 2 (dois) casos com linfangiografia positiva e laparotomia positiva.

A metodologia de ambos os procedimentos será demonstrada durante a apresentação.

RESUMO 93

RELATO DE CASO: CONCOMITÂNCIA DE LINFOMA NÃO HODGKIN, ADENOMA SEBÁCEO TIPO PRINGLE-BOUNNEVILLE E LEIOMIOMAS MÚLTIPLOS DE RIM

Tomishige HM, De Bellis N, Santos MC, Teixeira AC, Morioka H, Correa FM, Alves AC e Wohnrath DR

Os autores apresentam relato de um caso de concomitância de linfoma não Hodgkin, adenoma sebáceo tipo Pringle-Bouneville e leiomiomas múltiplos de rim — um tumor extremamente raro.

O paciente M.S., 55 anos, de raça amarela, portador de angioqueratomas (adenoma sebáceo tipo Pringle-Bouneville) desde a infância e hipertensão arterial de difícil controle, foi admitido com sintomas de odinofagia, emagrecimento, febre e sudorese noturna.

A biópsia da lesão amigdaliana e linfonodo cervical revelaram — Linfoma Não Hodgkin difuso misto de pequenas e grandes células.

Nos procedimentos para estadiamento foi visualizado ao ultra-som aumento do rim esquerdo com aspecto tumoral. À urografia excretora apresentava deformidades caliciais com aumento do volume do pólo inferior do rim esquerdo. Uréia e creatinina séricas normais. Após a biópsia renal com agulha de Silvermann evoluiu com quadro de choque hipovolêmico e foi submetido à laparotomia exploradora com nefrectomia esquerda. O laudo anatomopatológico revelou leiomiomas múltiplos de rim. No pós-operatório evoluiu sem intercorrências com normalização da pressão arterial sem uso de drogas anti-hipertensivas.

Foi submetido a quimioterapia e atualmente encontra-se em remissão completa e normotenso.

RESUMO 94**AVALIAÇÃO DE RESPOSTA A TERAPÊUTICA CITOSTÁTICA E HORMONAL DE PACIENTES COM METÁSTASES PULMONARES EM CÂNCER DE MAMA**

Célia Tosello de Oliveira e Elvira Ribeiro Carvalho

Fundação Oncocentro de S. Paulo e Instituto Brasileiro de Controle de Câncer

Realizamos levantamento retrospectivo de pacientes portadoras de Câncer de mama com metástases em pulmão de 1977 a 1987, em tratamento na Fundação Oncocentro de São Paulo.

Avaliamos 146 pacientes que apresentavam doença metastática pulmonar na época do diagnóstico do tumor primário da mama, e também casos de pacientes já submetidas a mastectomia anterior e em progressão posterior da doença neoplásica para parênquima pulmonar.

Analisamos as imagens radiológicas mais freqüentes e sua relação com a evolução da paciente; o estado menopausal e a dosagem de receptores hormonais foram também avaliados em relação à resposta terapêutica.

A porcentagem de respostas parciais e totais de um modo geral, com terapêutica citostática e hormonal empregada, foi em torno de 50%.

O protocolo terapêutico mais utilizado foi a associação de 3 citostáticos: FAC-(Fluorouracil, Adriamicina e Ciclofosfamida). A associação terapêutica que apresentou maior porcentagem de remissões foi CMFVP — (Ciclofosfamida, Methotrexate, Fluorouracil, Vincristina e Prednisona). Outra combinação terapêutica que mostrou muita eficácia foi FEC+MAP (Fluorouracil, Epirubicina, Ciclofosfamida e Acetato de Medroxiprogesterona).

RESUMO 95**ASSOCIAÇÃO DE ACETATO DE MEGESTROL + TAMOXIFEN EM CÂNCER AVANÇADO DA MAMA — NOTA PRÉVIA**

Lucas H, Neves A, Corrêa D, Loureiro L.C., Martins M e Eiras Araujo A

37 casos de câncer avançado da mama foram tratados pelo Serviço de Oncologia da Beneficência Portuguesa-RJ com uso simultâneo de Tamoxifen (20mg) + Acetato de Megestrol (160mg). Eram pacientes pós-menopáusicas (apenas 4 perimenopáusicas). Em 18 casos (48,7%) havia metástase isolada, em 19 (51,3%) mais de um órgão/sistema estava comprometido. O padrão mais freqüente foi o ósseo (27,73%), seguido do fígado (9,24%). 10 casos foram excluídos, considerando curto prazo de uso (\neq 30 dias). 27 casos (73%) foram avaliados, com tempo médio de uso de 8 meses (extremos 2 e 21). Houve 22 casos (81,5%) de respostas, sendo 12 (54,5%) subjetivas e 14 (63,6%) objetivas. Em 9 casos (33,3%) observaram-se efeitos colaterais que obrigaram suspensão da terapêutica. A despeito do curto prazo médio da resposta — 6,2 meses (extremos 2 e 18), comprova-se que esta é uma forma de tratamento eficiente para o Câncer avançado da mama, especialmente pela baixa toxicidade e facilidade na administração.

RESUMO 96

CONDUTA TERAPÊUTICA NO CÂNCER DA MAMA NO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS (1985-1987)

Racso Yule Queiroz, Etelvino de Souza Trindade, Dóris Oliveira Luz e Marcelo Pereira de Souza,

Os autores relatam a conduta terapêutica que vem sendo adotada na Clínica Ginecológica do HFA no diagnóstico e tratamento do Câncer da Mama em seus diversos Estádios Clínicos, bem como tecem considerações acerca dos resultados preliminares obtidos com tal conduta.

RESUMO 97

CÂNCER DE MAMA — ESTÁDIO CLÍNICO I e II — ESTUDO RETROSPECTIVO DE 169 CASOS

Sérgio B.B. Hatschbach, Benedito Valdecir de Oliveira, Massakazu Kato, Marcos Flávio Montenegro e João Antônio Guerreiro

Hospital Erasto Gaertner da Liga Paranaense de Combate ao Câncer

Os autores apresentam a experiência adquirida com o tratamento de 169 pacientes com Câncer de Mama estágio clínico I e II no Serviço de Ginecologia e Mama do Hospital Erasto Gaertner da Liga Paranaense de Combate ao Câncer no período de 1973 a 1983.

Para o presente estudo foram selecionadas 169 pacientes com Câncer de Mama, classificadas de acordo com o estadiamento clínico da UICC e distribuídas da seguinte forma: EC I — 27 pacientes e EC II — 142 pacientes.

Não foi observado nenhum caso de bilateralidade no momento do diagnóstico, no entanto, 4 pacientes apresentaram na evolução neoplasia maligna na mama contralateral.

Com nosso material estudamos a relação entre o resultado terapêutico e o estadiamento clínico. Dos 27 casos do EC I tratados, somente 1 paciente foi a óbito devido a neoplasia maligna da mama. Nos 146 casos do EC II tratados (4 casos de bilateralidade) 33 pacientes foram a óbito devido a neoplasia maligna da mama.

Outro dado analisado foi a relação entre o resultado terapêutico e a condição axilar. Nos pacientes com axila negativa ao exame anatomopatológico 84,54% estão assintomáticas, com axila positiva e menos de 4 nódulos comprometidos ao exame anatomopatológico 58,14% estão assintomáticas e com axila positiva e mais de 4 nódulos comprometidos ao exame anatomopatológico apenas 39,39% estão assintomáticas.

Estudamos também os resultados terapêuticos obtidos relacionando o estado hormonal da paciente, pré e pós-menopausadas; a condição axilar, axila positiva e negativa ao tratamento cirúrgico exclusivo e a associação da cirurgia com a quimioterapia adjuvante, sendo utilizado em nosso serviço o esquema CMF.

RESUMO 98

CARCINOMA INFLAMATÓRIO DA MAMA — EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE ONCOLOGIA DA PUCRS

Adalberto Broecker Neto, Virginia Tavora Bringhamti, Sergio Lago, Ailzo José da Costa, Nelson Kalil, Elisabete Palmeiro e Maria Inês Sandri

Serviço de Oncologia da PUCRS, Porto Alegre-RS

No período de janeiro de 1980 a março de 1987 foram tratadas, no Serviço de Oncologia da PUCRS, 10 pacientes portadoras de carcinoma inflamatório de mama. 6 pacientes apresentavam

doença local e 4 pacientes apresentavam doença local e sistêmica. 8 pacientes receberam tratamento quimioterápico com associação de Fluorouracil, Adriamicina e Ciclofosfamida, uma paciente com associação de Adriamicina e Ciclofosfamida e outra paciente com associação de Ciclofosfamida, Methotrexate e Fluorouracil. 6 pacientes apresentaram resposta, sendo que 4 respostas foram consideradas completas. As pacientes que apresentaram resposta completa tiveram um período de doença maior quando comparado com as que não obtiveram resposta completa. Aparentemente as pacientes com doença localizada também apresentaram maior tempo livre de doença e sobrevida do que as com doença sistêmica. A orientação terapêutica nas pacientes portadoras de carcinoma inflamatório de mama mudou consideravelmente nos últimos anos, sendo que a quimioterapia ocupou lugar dominante. A orientação terapêutica atual do Serviço é de utilizar inicialmente quimioterapia antineoplásica, preferentemente com esquema que contenha Adriamicina, seguido de cirurgia e/ou radioterapia. A utilização de quimioterapia de manutenção é discutível.

RESUMO 99

O ESTROMA E O SISTEMA FOLÍCULO-LUTEÍNICO DOS OVÁRIOS EM PORTADORES DE CARCINOMA DA MAMA (ESTUDO MORFOMÉTRICO)

Adonis R.L. de Carvalho (UFPE e Hosp. Câncer Pe); Maria do Carmo Carvalho de Abreu e Lima (UFPE e Hosp. Câncer Pe) e Jaime de Queiroz Lima (Hosp. Câncer Pe)

Os ovários de 381 portadoras de carcinoma da mama são comparados com os de 68 mulheres não portadoras de doenças ginecológicas, nem mamárias. Foram determinadas a área de secção e as áreas fracionais e densidades de área do estroma celular e residual, dos folículos, corpos lúteos e corpora albicantia. Em ambos os grupos, 1) foram grandes as variações individuais e até entre os ovários de um mesmo indivíduo; 2) a área fracional do estroma celular representa cerca da metade da área ovariana; 3) a celularidade do estroma não apresentou relação com idade e foi aproximadamente a mesma. Não é possível discriminar individualmente os ovários como pertencendo a um ou outro grupo. Como fenômeno de grupo os ovários das portadoras de carcinoma da mama, 1) são menores e mais leves; 2) a densidade de área do estroma celular aumenta com a idade; 3) a área fracional e densidade de área do estroma restante é menor e estável em relação à idade; 4) os indicadores histológicos de função folículo-luteínico ocorrem em percentual maior, sobretudo para os corpos lúteos e folículos. Conclui-se que os ovários de portadoras de carcinoma da mama são mais ativos, e com atividade mais prolongada que os dos casos-controle, i.e., mais "normais". Assim, têm maior poder modulador dos órgãos-alvo, como o carcinoma da mama.

RESUMO 100

Foram estudadas 26 pacientes, portadoras de Carcinoma de mama avançado, estágio IV, diagnosticado clínica e laboratorialmente por métodos convencionais. O grau de desempenho demonstrado em 47,8% das pacientes no início do tratamento foi 1 (um), sendo que ao término do mesmo 30,4% apresentaram grau 0 (zero).

A mastectomia foi o tratamento inicial em 70%. A Radioterapia prévia à Quimioterapia foi em 61% e a Quimioterapia prévia (após confirmação Anatomopatológica) foi realizada em 53%. Em comparação com outros esquemas, o FEC-MAP (5-FU, 4-Epi e CTX/Acetato de Medroxiprogesterona A.D.) demonstrou obter ótimos índices de resposta, duração, tempo livre de doença e melhoria de qualidade de sobrevida.

Todas as pacientes incluídas no estudo receberam o seguinte: 5 FU 500mg/m² I.V., 4-Epi 50mg/m² e CTX 500mg/m² I.V. no primeiro dia do ciclo. Este repetiu-se a cada 3 semanas, num total de 12 ciclos. O Acetato de Medroxiprogesterona foi administrado na dose de 1.000mg/dia/I.M.

durante 5 dias, em cada semana, por um total de 3 semanas, e em seqüência 1.000mg/I.M. por semana.

Vinte e três (23) pacientes concluíram o estudo com 28% apresentando Resposta Completa, 52% com Resposta parcial, 8% não avaliável e 12% com resposta inalterada.

A toxicidade do esquema demonstra maior concentração no trato gastrointestinal, a nível hematológico e também apresentou alopecia variável de leve a moderada.

RESUMO 101

QUIMIOTERAPIA NEO-ADJUVANTE NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA LOCALMENTE AVANÇADO

Eriberto de Queiroz Marques, Esdras de Queiroz Marques, Maria Aparecida Coelho, Eliane de Oliveira Trigueiro, Iara Farias Mattos e Zilda do Rêgo Cavalcanti

Os autores desenvolveram um estudo de 78 pacientes com câncer de mama localmente avançado no período de 1978 a 1987, no Instituto de Oncologia do Recife e na Casa de Saúde São Marcos, nas quais foi executado o esquema terapêutico 2 PFAC.

Os resultados até o presente momento são bastante satisfatórios onde se encontra uma remissão > 50% em 21% dos casos, uma remissão < 50% em 41% dos casos e uma remissão completa em 33% dos casos. Além do alto percentual de respostas objetivas e subjetivas encontradas nesse esquema, os autores verificaram a alta taxa de sobrevida naquelas pacientes que entraram em remissão completa.

RESUMO 102

QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE NO CÂNCER DA MAMA

Luiz Eduardo Atalecio e João Luiz C. Soares

Hospital de Oncologia — Rio de Janeiro

Foram avaliados 333 pacientes com câncer da mama estágio I, II, III, idade inferior a 70 anos submetidas a mastectomia à Halsted, Patey ou segmentectomia com esvaziamento axilar. Radioterapia pós-operatória não foi feita. Após o exame anátomo-patológico as pacientes com axila negativa (N-) foram mantidas em controle e aquelas com axila positiva (N+) foram submetidas a quimioterapia adjuvante iniciada nos primeiros 28 dias pós-cirurgia. Todas as pacientes que ultrapassaram este período foram mantidas em controle (N+C). O tratamento adjuvante consistiu de ciclofosfamida e fluorouracil 600mg/m² e metotrexate 40mg/m² (CMF) feito endovenoso no dia 1.º e repetido de 21/21 dias por 8 ciclos. Após um período médio de 20 meses de observação calculamos e comparamos o intervalo livre de doença (ILD) e a sobrevida (SV) dos grupos N-, N+, N+C. No grupo N- o ILD e a SV foram superiores ao N+C (79% vs 38% com P < 0,001 e 94% vs 55% com P < 0,001). O N+ comparado c/ o N+C mostrou melhora para o ILD (50% vs 38% c/ P < 0,01) mas sem modificar a SV (58% vs 55%, P=0,07). Estudando a axila pouco comprometida (1 a 3 linfonodos) tivemos melhora apenas no ILD (N+57% vs N+C47%, P < 0,01) e SV inalterada (N+ 98% vs N+C 91% c/P=0,08). Também no grupo de alto risco (N+ ≥ 4) tivemos apenas melhora do ILD (N+38% vs N+C33% c/P=0,03) e SV inalterada (N+60% vs N+C57% c/P=0,08). Na menopausa houve melhora na pré (N+55% vs N+C45%, P < 0,01) como na pós (N+39% vs N+C25%, P < 0,05) quanto ao ILD. Na SV não houve alteração (pré N+88% vs N+C88%, P=0,80 e pós N+77% vs N+C75%, P=0,40). A toxicidade foi aceitável.

RESUMO 103**ESTÁDIO II DE CÂNCER DE MAMA E QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE — AVALIAÇÃO APÓS 5 ANOS**

Célia Tosello de Oliveira, Edson Mantovani Barbosa, José Costa de Andrade, Luciano Barbosa Lemos, José Cândido de Souza Dias e Amadeu José Pinto

Fundação Oncocentro de São Paulo

Realizamos estudo comparativo não randomizado de pacientes portadoras de Câncer de mama em Estádio Clínico II, submetidas a Mastectomia Radical e posterior Cobaltoterapia complementar.

135 pacientes foram submetidas a tratamento adjuvante com 3 citostáticos CMF (ciclofosfamida, Methotrexate e Fluorouracil), durante 1 ano. O grupo de controle não recebeu nenhum tipo de terapêutica, e consideramos alguns pontos importantes, tais como: n.º de gânglios comprometidos no exame da peça cirúrgica, estado menopausal da paciente e tempo livre da doença.

Analisamos a porcentagem de reincidência da doença no grupo tratado e no grupo de controle. Houve variação de resposta em relação ao número de gânglios comprometidos e estado menopausal.

Discutimos a validade da terapêutica sistêmica adjuvante em pacientes mastectomizadas com axila positiva, levando em conta nossos dados e nossa experiência.

RESUMO 104**NÃO DISSECAR A AXILA EM CÂNCER DA MAMA: UMA ALTERNATIVA EFICIENTE**

Sérgio Luis Faria

Centro de Oncologia Campinas, Rua Alberto de Salvo, 311 — Campinas — SP

Foram avaliadas 147 mulheres portadoras de câncer da mama localizado, tratadas de forma conservadora (com tumorectomia ou quadrantectomia) no primário. Em relação à axila 74 pacientes a tiveram dissecada e 73 não a operaram. Associações estatísticas foram analisadas pelo Modelo de Riscos Proporcionais de COX. Levando em consideração inúmeras variáveis prognósticas como estágio, T, N, menopausa, idade, dissecação axilar, etc... Tal modelo mostrou que a sobrevida (SV) e a sobrevida livre de doença (SLD) não foram significativamente diferentes entre os dois grupos (operadas vs não operadas na axila).

A taxa estimada e ajustada de risco (HRR) foi de 1 (um) para a SLD entre os dois grupos, com 95% de limites de confiança entre 0,54 e 1,79 e próximo disso para a sobrevida global. Estes dados confirmam os da literatura que a dissecação axilar não muda a sobrevida em câncer da mama. Ahamos que em mulheres pós-menopausadas não é indispensável dissecar a axila pois não muda a sobrevida e a QT adjuvante ainda está em investigação nestes casos. Em pré-menopausa é importante saber se há ou não comprometimento nodal axilar. Neste caso acreditamos que a dissecação não radical, mas apenas limitada aos níveis I/II, é suficiente pois identifica quem precisa fazer quimioterapia sem acrescentar maiores complicações como edema do membro superior operado.

RESUMO 105

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA

José Kogut, Ruy C. Vieira, Maurício Chveid e Brasil Caiado

O Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructora do Instituto Nacional de Câncer vem desenvolvendo um programa há vários anos de reconstrução mamária com participação multidisciplinar em todo o projeto, contando atualmente com mais de 300 casos, terminados ou incompletos ou em eventual processo de complementação. Pelo período deste trabalho, 1987, os índices de sobrevida por 5 anos acompanham as estatísticas compatíveis à patologia e estadiamento da doença, somente nos atemos às técnicas utilizadas, já que a reconstrução mamária é procedimento que visa qualidade de sobrevida da paciente, acordos com trabalhos do grupo da área de psicologia do INCa., já publicados.

Inicialmente a reconstrução mamária consistia em colocar-se próteses de silicone sob a área mastectomizada, ou a rotação de retalhos de vizinhança para maior presença tecidual na cobertura destas próteses. Logo após, surgiram as técnicas de duplicação da mama residual, porém, todos estes procedimentos foram sendo paulatinamente abandonados pelos mais variados motivos.

No início desta década com o advento dos retalhos miocutâneos, a reconstrução mamária começou seu período de condutas mais seguras, com cirurgias de execução rápida e de razoável facilidade, com resultados esteticamente gratificantes a curto e longo prazo.

Este trabalho prende-se a conduta atual em nosso serviço frente às diversas técnicas com uso de retalhos miocutâneos, evidenciando-se suas indicações, vantagens e limitações.

RESUMO 106

CÂNCER DE MAMA RESSECÁVEL. DISSECÇÃO AXILAR RESPEITANDO OS MÚSCULOS E NERVOS PEITORAIS

Ermano Leo, Joaquim Branco, Maria Tereza Baldini e Luiz Henrique da Silva Leme

Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori. Milano. Italia.

Na cirurgia do câncer da mama, a dissecção axilar é atualmente considerada como uma etapa essencial. Contudo, procedimentos comumente usados incluem a ressecção do músculo peitoral menor e/ou dos nervos peitorais. Desde 1984, temos executado a dissecção axilar resguardando tanto os músculos peitorais como os seus nervos. Neste trabalho, apresentamos a técnica cirúrgica. A comparação dos dois grupos com a avaliação clínica $N_0 N_{1A}$. O primeiro com 103 pacientes submetidos a este tipo de procedimento cirúrgico, e o segundo, com 108 mulheres tratadas com ressecção do músculo peitoral menor, mostrou que a média de linfonodos dissecados em ambos os procedimentos foi superposta.

RESUMO 107

AValiação DE SOBREVIDA EM RELAÇÃO À CONDUTA TERAPÊUTICA EM EIII DE CARCINOMA DA MAMA

Célia Tosello de Oliveira, José Costa de Andrade, Edson Mantovani Barbosa, Luciano Barbosa Lemos, José Cândido de Souza Dias, Elvira Carvalhal e Amadeu José Pinto

Fundação Oncocentro de São Paulo

Selecionamos 71 pacientes portadoras de carcinoma de mama, estágio III, e analisamos a sobrevida após 5 anos da primeira intervenção terapêutica.

As pacientes foram divididas em 5 grupos:

Grupo A — Submetidas a biópsia diagnóstica, radioterapia redutora, mastectomia terapêutica e quimioterapia adjuvante.

Grupo B — Submetidas a mastectomia terapêutica e quimioterapia adjuvante.

Grupo C — Pacientes submetidas a apenas mastectomia terapêutica.

Grupo D — Pacientes submetidas a biópsia diagnóstica, radioterapia terapêutica e quimioterapia adjuvante.

Grupo E — Submetidas a mastectomia terapêutica e radioterapia complementar.

Os grupos A e B foram os que apresentaram maior sobrevida, que variou em torno de 5 anos. Os grupos C, D e E apresentaram sobrevida em torno de 3 anos e meio.

Pudemos concluir que no grupo de pacientes avaliadas, observamos um aumento de sobrevida nas pacientes que foram submetidas a cirurgia radical quando o tumor era operável, associada a terapêutica sistêmica com quimioterapia, e o mesmo ocorreu nas pacientes que apresentavam tumores sem condições cirúrgicas inicialmente e que após terapêutica sistêmica com quimioterapia, foram operadas.

RESUMO 108

CÂNCER DE MAMA AVANÇADO — RESULTADOS COM A PRIMEIRA TERAPÊUTICA SISTÊMICA — EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE ONCOLOGIA DA PUCRS

Adalberto Broecker Neto, Sérgio Lago, Ailzo José da Costa, Rodolfo Coutinho Radke, Nelson Kalil, Maria Inês Sandri, Martha Coutinho, Milton Kalil e Oscar Teitelbaum

Serviço de Oncologia da PUCRS. Porto Alegre, RS

Cento e sessenta e três pacientes portadores de carcinoma de mama avançado, 43 estágio IV e 125 recorrências, foram avaliadas retrospectivamente em relação à resposta com a primeira terapêutica sistêmica. A estratificação foi por status menstrual, local dominante da doença metastática, terapêutica e intervalo livre de doença. A terapêutica utilizada foi individualizada para cada paciente com base nos fatores prognósticos. As respostas obtidas no estágio IV foram de 72% com um tempo de resposta de 17 meses; para recorrência as respostas foram de 72% com tempo de resposta de 17 meses. No total as respostas foram 72% com média de 17 meses de duração. A proporção de pacientes pré e pós-menopausa nos estágios IV e recorrência foram equilibrados, bem como as respostas. Nas pacientes de estágio IV a incidência do local dominante de metástases foi óssea 62%, visceral 23% e partes moles 13%; para as pacientes com recorrência foi visceral 48%, óssea 32% e partes moles 20%. As respostas por local dominante de doença nos estágios IV foram: visceral 70% com 14 meses de tempo de respostas, óssea 74% com 20 meses de resposta média e partes moles 66% com 11 meses de resposta; para as pacientes com recorrência a resposta visceral foi de 11% com 17 meses de resposta, óssea 82% com 16 meses de resposta e partes moles 56% com 21 meses de resposta. Nas pacientes estágio IV a terapêutica mais utilizada foi quimio-hormonioterapia com 53%, quimioterapia com 34% e hormonioterapia 13%; nas pacientes com recorrências quimio-hormonioterapia 36%, quimioterapia 31% e hormonioterapia 33%. As respostas de acordo com o tipo de terapêutica empregada mostraram que no estágio IV com hormonioterapia foi de 66%, quimioterapia 86% e quimio-hormonioterapia 63%; as pacientes com recorrência a hormonioterapia apresentou 59%, quimioterapia 71% e quimio-hormonioterapia 84%.

RESUMO 109

TRATAMENTO DO ESTÁDIO III, CÂNCER DA MAMA

Laydner José Pedro, Silveira Marília e Fernandes Erivelton

O trabalho resulta da análise de pacientes tratados entre 1978 e 1986, com Estádio III, entre 20 e 80 anos, no Hospital Universitário da UCPEL, submetidas a um protocolo oncológico.

O protocolo se resume na indução da redução do tumor primário com quimioterapia conforme esquema FAC (3 ciclos), após a Mastectomia de Patey, Cobaltoterapia e posteriormente complementação com esquema C.M.F. durante 12 meses.

RESUMO 110

FEC VERSUS FEC + MAP — ESTUDO COMPARATIVO MULTICÊNTRICO: DADOS PRELIMINARES

Gilda R. Bader

Apresentamos os dados preliminares sobre estudo multicêntrico randomizado comparando a utilização do esquema FEC versus FEC + MAP, em pacientes portadoras de câncer de mama, estágio IV.

O estudo tem por objetivo avaliar como a adição do MAP ao esquema FEC é capaz de aumentar o grau de resposta, duração da mesma, sobrevida global, bem como estabelecer a toxicidade de ambos regimes terapêuticos.

Foram elegíveis ao protocolo pacientes de câncer da mama estágio IV, com doença mensurável, função renal, hepática e medula óssea adequadas, sobrevida estimada maior que 3 meses e PS de 0 a 3.

O plano de tratamento compreendia ciclo conforme o esquema: FU-500mg/M², 4-EPI-50mg/M², CTX-500mg/M², EV cada 3 semanas, associado ou não a MAP-1000mg IM x 5 dias por semana durante 3 semanas, a seguir MAP 1000mg IM semanal.

Foram randomizadas 76 pacientes e consideradas avaliáveis 53, sendo estratificadas de acordo com status de menopausa, receptores hormonais, Performance Status e locais de metástases.

No grupo FEC obtivemos REMISSÃO COMPLETA — 1 (3,4%), REMISSÃO PARCIAL — 13 (43,3%), DOENÇA ESTÁVEL — 16 (53,3%), enquanto as pacientes tratadas com FEC + MAP apresentaram REMISSÃO COMPLETA — 0, REMISSÃO PARCIAL — 13 (56,6%), DOENÇA ESTÁVEL — 10 (43,4%).

Verificamos toxicidade de intensidade moderada, hematológica em 25 pacientes, gastrointestinal 31, pele/anexos em 20 e cardíaca 1, não tendo sido possível correlacionar ao uso da 4 — Epi-doxorrubicina.

Concluímos portanto que os esquemas terapêuticos utilizados são efetivos com o emprego da 4 — EPI em substituição a ADM, porém que adição do MAP não modifica as respostas obtidas.

RESUMO 111

CIRURGIA CONSERVADORA DO CÂNCER DA MAMA EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE ONCOLOGIA DA BENEFICÊNCIA PORTUGUESA — RJ

Lucas H., Eiras Araujo A., Martins M., Loureiro L.C. e Neves A.

São analisados 30 casos de Ca. de mama tratados com Quadrantectomia e Esvaziamento axilar radical pelo Serviço de Oncologia da Beneficência Portuguesa — RJ, no período de 1983 a 1987. Dez pacientes (33,3%) eram pré-menopáusicas e 20 (66,6%) pós-menopáusicas. A localização predominante foi o QSE (19 casos — 63,3%), seguida de QSI (7 — 23,3%). É discutida a técnica operatória sendo dada ênfase à remoção do músculo pequeno peitoral, medida indispensável para a radicalidade do esvaziamento. A diversidade de serviços de patologia mobilizados para o exame das peças operatórias explica o número variável de linfonodos. O protocolo preconizado indica Telecobaltoterapia complementar na mama operada. O encontro de linfonodo invadido induz à Qt adjuvante. Os padrões de resultado estético, ainda que subjetivos, mostraram 23 casos (76,6%) considerados bons, 4 (13,3%) regulares e 3 (10%) ruins. Em 2 casos (6,6%) houve recidivas locais que obrigaram a Mastectomia Radical; 3 (10%) desenvolveram metástase a distância. Concluem considerando ser a forma de tratamento aconselhável, no momento, para os estágios iniciais de Ca de mama.

RESUMO 112

FAC NO CÂNCER DE MAMA ESTÁDIO III INOPERÁVEL

Cabral V.M.

Instituto Nacional de Câncer

No período Janeiro/80 a dezembro/85, 95 pacientes portadoras de Ca. Mama Estádio III Inoperável sem tratamento prévio e excluídos os Car. Inflamatórios foram tratadas com FAC (Fluorouracil 500mg/m², Adriblastina 50mg/m², Ciclofosfamida 500mg/m²) até obtenção da máxima resposta local (redução em + de 50% do tumor, desaparecimento dos sinais graves, avaliação cirúrgica com margens de segurança). Idade Mediana de 50 anos (29-67). 57 pré e 38 pós-menopausa. Com n.º mediano de seis ciclos (1-9) 52 pacientes (54,8%) preencheram os critérios de operabilidade. Realizada análise unifatorial 1.º Status Hormonal Pré X Pós, 2.º Estádio T3 x T4, 3.º Tamanho do Tumor 8 x 8cm, 4.º Nível de Linfonodo NO + N1 X N2 + N3 foi observada diferença significativa no tamanho do Tumor ($p = 0,05$) e nível de linfonodo ($p < 0,0001$). Não houve uniformidade na técnica cirúrgica, na complementação radioterápica e quimioterápica pós-operatória. Ausência de doença na peça cirúrgica foi observada em 13,5%. Vinte e quatro pacientes (46,2%) recidivaram após a cirurgia: 8 local; 12 sistêmica; 2 ambos e 2 tumor contralateral. A sobrevida global mediana foi de 56 meses para as que operaram e de 16 meses para as que permanecem em tratamento ($p < 0,0001$).

RESUMO 113

TRATAMENTO CONSERVADOR DO CÂNCER DA MAMA

Amaral R.L., Corleta O.C., Prunelli R. e Monego E.

No período de 1975 a 1985, em estudo prospectivo, os autores analisaram em 136 pacientes os resultados do tratamento conservador acrescentado de radioterapia e quimioterapia, quando indicada. Todos os casos obedeceram a protocolo previamente estabelecido. Concluíram que os resultados são perfeitamente superponíveis aos da mastectomia.

RESUMO 114

CARCINOMA INFILTRATIVO DE DUCTO MAMÁRIO: RESPOSTA À QUIMIOTERAPIA EM RELAÇÃO AO CONTEÚDO DE DNA NUCLEAR, NO ESTÁDIO II

Célia T. de Oliveira, Gláucia M. Machado-Santelli e Lyria Mori

Fundação Oncocentro de São Paulo

A biologia pouco conhecida e o comportamento heterogêneo dos tumores de mama dificultam a definição de um prognóstico seguro com base nos parâmetros usuais. Considerando que o conteúdo de DNA aneuplóide é um importante marcador da malignidade em tumores sólidos, nos propusemos a avaliar seu possível significado em um grupo de pacientes cujos tumores (carcinomas infiltrativos de ducto) foram diagnosticados em estágio II.

O conteúdo de DNA foi quantificado por citofotometria de varredura em esfregaços de fragmentos do tumor, após coloração por Feulgen. Os 36 carcinomas analisados foram divididos em três grupos: a) aqueles que não tinham metástases ganglionares, não foram submetidos a quimioterapia adjuvante, e apresentaram boa evolução ($n = 14$). O valor médio das medianas de DNA nuclear neste grupo foi de 3,5C; b) positivos quanto a metástases ganglionares que foram submetidos a quimioterapia adjuvante e apresentaram boa evolução a 2,8C; c) positivos quanto a

metástases ganglionares, submetidos a quimioterapia adjuvante e que tiveram má evolução (n = 9). O valor médio da mediana de DNA neste grupo foi de 3,2C.

A avaliação das medidas de DNA nuclear em relação aos aspectos clínicos e desenvolvimento da doença sugere a associação de valores anormais (ao redor de 4C) com maior agressividade nas pacientes pós-menopáusicas.

RESUMO 115

CIRURGIA CONSERVADORA E RADIOTERAPIA NO TRATAMENTO LOCO-REGIONAL DO CÂNCER DA MAMA

Racso Yule Queiroz, Etelvino de Souza Trindade, Maria de Fátima Rezende Queiroz, Marcus Vinícius Tavares Mello e Dóris Oliveira Luz

Este trabalho apresenta a experiência dos autores no tratamento conservador do Câncer da Mama com alternativa terapêutica para tumores menores que 3,0cm e com axila clinicamente negativa.

Onze pacientes foram submetidos ao tratamento conservador (quadrantectomia + esvaziamento axilar), acrescida de radioterapia externa e quimioterapia adjuvante quando a axila estava comprometida.

Tal trabalho foi desenvolvido na Clínica Ginecológica do Hospital das Forças Armadas e Unidade de Oncologia do Hospital Santa Lúcia e os resultados preliminares obtidos até o presente momento são apresentados.

RESUMO 116

CÂNCER MAMÁRIO BILATERAL

Marcia Ayres da Motta, Paulo Cesar Fructuoso, Joselio Martins Franco, Ray Alves dos Santos e Antonio B. Tenuta

Hospital Mário Kroeff, Rio de Janeiro, Brasil

Os autores após apresentarem os conceitos de bilateralidade, fatores de risco e critérios de diferenciação do câncer bilateral verdadeiro e do metastático, relatam a incidência e a experiência da equipe de mastologia do Hospital Mário Kroeff no que diz respeito a sua abordagem diagnóstica e tratamento.

Foram avaliadas 600 (seiscentas) pacientes portadoras de câncer mamário, diagnosticadas e tratadas cirurgicamente em nossa instituição, no período de janeiro de 1972 a julho de 1987, onde encontramos 7 (sete) casos de câncer bilateral simultâneo (1,2%) e 4 (quatro) de câncer mamário bilateral sucessivo (0,7). Serão apresentados durante a exposição 3 (três) casos de câncer bilateral simultâneo, operados na instituição em 1987.

RESUMO 117

NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Adalberto Broecker Neto, Ailzo José da Costa, Sérgio Lago e Nelson Gustavo Kalil

Serviço de Oncologia da PUCRS. Porto Alegre, RS

Este é um trabalho retrospectivo estudando 33 pacientes com diagnóstico de Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) tratadas no Serviço de Oncologia da PUCRS no período de novembro de 1978 a novembro de 1985. O tipo de gestação que deu origem à NTG ficou assim

discriminado: 23 pacientes (69%) eram portadoras de gestação molar e tinham diagnóstico histológico de mola hidatiforme em 15 e coriocarcinoma em 8 pacientes; 4 pacientes (12,2%) haviam interrompido a gravidez devido a aborto espontâneo e a histologia era de coriocarcinoma em todas as 4; 4 pacientes (12,2%) tiveram uma gravidez a termo com histologia de mola hidatiforme focal em 1 caso e em outros 3 casos coriocarcinoma; 2 pacientes com tipo de gestação ignorada e a histologia era de coriocarcinoma. A idade mínima das pacientes foi de 21 anos e a máxima de 51, com média de 29 anos. Os "estágios" ou graduação da gravidade nas pacientes foram: não metastática em 21 pacientes (65,8%); NTG metastática de baixo risco em 8 pacientes (25%); NTG de alto risco em 3 pacientes (9,3%). Nas pacientes com NTG metastática e metastática de baixo risco o tratamento inicial foi com Methotrexate e nas pacientes com NTG metastática de alto risco foi de poliquimioterapia. Em algumas pacientes que receberam tratamento quimioterápico apenas com Methotrexate foi necessário o uso de esquema poliquimioterápico alternativo. Os resultados com as terapêuticas foram os seguintes: NTG não metastática 20 pacientes em remissão completa e 1 óbito; NTG metastática de baixo risco, 7 pacientes em remissão completa e 1 óbito; NTG de alto risco 2 remissões completas e 1 óbito. No total de 32 pacientes tratadas em 29 foi obtido remissão completa (90,6%) e apenas 3 óbitos.

RESUMO 118

AVALIAÇÃO DE RESPOSTA EM PACIENTES COM CARCINOMA DE MAMA COM METÁSTASES A DISTÂNCIA, UTILIZANDO-SE EPIRUBICINA

Célia Tosello de Oliveira

Fundação Oncocentro de São Paulo

O estudo foi realizado com um grupo de 28 pacientes portadoras de metástases a distância detectáveis por exames radiológicos ou exame clínico, e virgens de tratamento anterior.

O estudo foi randomizado e selecionamos um grupo que recebeu poliquimioterapia do tipo FEC e outro que foi submetido a FEC + MAP.

As pacientes foram estudadas em relação ao período de menopausa e dosagem de receptor hormonal.

O grupo FEC apresentou resposta parcial em 55,5% das pacientes; e o grupo FEC + MAP 69%. Avaliamos os efeitos colaterais de cada grupo em estudo, e pudemos observar que o grupo que recebeu hormonioterapia associada demonstrou menor toxicidade medular.

A terapêutica proposta com associação hormonioterápica mostrou um índice alto de remissões das lesões, com baixa toxicidade.

RESUMO 119

O DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CARCINOMA MAMÁRIO

Goes Jr. J.S., Goes J.C.S., Mesquita L., Costa R.R., Andrade J.C., Nassif A.C., Barbosa E.M. e D'Alessandro A.

Instituto Brasileiro de Controle do Câncer — São Paulo

No período de dezembro de 1979 a julho de 1982, através de um Programa de Detecção em Massa do Câncer da Mama foram examinadas 205.003 mulheres com avaliação dos índices de prevalência desta patologia.

As mulheres examinadas foram subdivididas em dois grupos: 1) Assintomáticas com mais de 20 anos de idade e examinadas pelo Programa; 2) Aquelas que procuraram o Hospital do IBCC, neste período, espontaneamente, para exame preventivo.

A análise dos índices de prevalência em relação à comprovação do câncer de mama nos

mostrou que no primeiro grupo (194.839 mulheres) foram descobertos 145 cânceres (1/1343 mulheres), enquanto que no segundo (10.164 mulheres) a prevalência foi de 1/44.

A mesma análise foi feita em relação às faixas etárias, sendo observado que neste caso o índice de prevalência aumenta com a faixa de idade.

Além disso, pudemos demonstrar claramente, que a mostragem analisada nos programas de prevenção e detecção do câncer de mama representa a real prevalência do câncer na população em geral e não a dos ambulatórios de Hospitais de Câncer que recebem pacientes sintomáticas e, portanto, com maior possibilidade de ter câncer.

RESUMO 120

ASPECTO EPIDEMIOLÓGICO DE CÂNCER E DE LESÕES BENIGNAS DA MAMA

Goes Jr J.S., Goes J.C.S., Mesquita L., Costa R.R., Andrade J.C., Nassif A.C., Barbosa E.M. e D'Alessandro A

Instituto Brasileiro de Controle do Câncer — São Paulo

Realizamos um estudo baseado na análise de 367 pacientes portadoras de câncer de mama, procurando estabelecer parâmetros de caráter epidemiológico que nos permitissem conhecer com maior segurança determinadas características próprias de mulheres pertencentes ao grupo de alto risco para esta neoplasia. Utilizamos o método de qui-quadrado para o estudo de nossas variáveis, estabelecendo também os valores do grau de liberdade, probabilidade e relação qui-quadrado e grau de liberdade.

Desta forma pudemos selecionar dentro do grupo analisado, fatores com ou sem significância estatística para o câncer de mama.

RESUMO 121

DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO DE LESÕES PALPÁVEIS DA MAMA — UM ESTUDO DE 55 CASOS

Lemos A., Carballo D., Queiroz C., Lima D., Viganó S., Vavrick T. e Marques E.

Os autores relatam a experiência obtida através do estudo de 55 espécimes citológicos em aspirados de mama, com correlação aos achados histopatológicos.

Citologicamente 21 lesões foram consideradas benignas, 33 como neoplasia maligna e 1 caso suspeito.

Diferentes parâmetros citológicos foram analisados selecionando-se aqueles de maior significado relativos às diferentes enfermidades da mama. Não detectamos resultados falso negativo ou falso positivo referente a erros de interpretação no citodiagnóstico.

RESUMO 122

FOLLOW-UP DE 7 ANOS EM PACIENTES SUBMETIDAS A QUIMIOTERAPIA ADJUVANTE COM AXILA NEGATIVA + TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MAMA NÃO CONSERVADOR

Laydner José Pedro, Silveira Marília e Fernandes Erivelton

Trabalho realizado no Hospital Universitário da UCPEL em pacientes portadoras de câncer de Mama operável, entre 1978 e 1983, com idade entre 20 e 70 anos, submetidas a tratamento cirúrgico não conservador mais quimioterapia adjuvante em axila negativa.

O trabalho compara a sobrevida global e o intervalo livre de doença entre pacientes com axila negativa e axila positiva.

RESUMO 123**TRATAMENTO DO CÂNCER DA MAMA ESTÁDIO I e II****Laydner José Pedro, Silveira Marília e Fernandes Erivelton**

O trabalho resulta de análise de pacientes entre 20 e 80 anos, portadoras de Câncer de Mama Estádio I e II, tratadas entre 1978 e 1986 no Hospital Universitário da UCPEL com cirurgia não conservadora.

Os dados analisam a sobrevida global e a sobrevida livre de doença.

RESUMO 124**HIBRIDIZAÇÃO DE DNA IN SITU EM ONCOLOGIA: IDENTIFICAÇÃO GENOTÍPICA VERSUS FENOTÍPICA****Albert Jr. O. e Alberti V.N.**

Recentes avanços da biotecnologia abriram perspectivas para o estudo da biofisiologia de neoplasias em material anatomopatológico de rotina. Os estudos imunohistológicos de tumores possuem relevância na caracterização da histogênese e fatores prognósticos dos mesmos. Entretanto, a análise da incorporação de genomas virais ou translocações assume importância vital no estudo de mecanismos de oncogênese.

Os autores apresentam sua casuística de neoplasias linfóides caracterizadas como de origem em células B exclusivamente pela análise genômica, assim como incorporação genética viral de papilomavírus, herpesvírus e hepatite B.

A análise por hibridização com sondas de DNA deverá ser no futuro não remoto uma arma prognóstica fundamental para o oncologista.

RESUMO 125**CARCINOMA MEDULAR DA TIREÓIDE (CMT); DADOS PRÉ, TRANS E PÓS-OPERATÓRIOS DE 36 CASOS****Rosa J.C., Romão L.A., Piovesan J.B. e Aoyama E.M.****Hospital do Serv. Pub. Estadual do Est. de São Paulo**

Em 4505 tireoidectomias realizadas, encontrou-se 435 casos de carcinoma, sendo que 36 eram CMT (8,3%); e trinta e quatro casos foram mapeados com I^{131} ; em 30 havia nódulo ou "área fria", em 5 casos foi feito ecograma (3 = nódulo sólido e 2 = área cística); em nenhum caso havia disfunção tireoidiana (T_4 , T_3 , TSH, PBI, etc. normais).

Apenas em um caso dosagem de calcitonina pré-operatória (40pg/ml), em outro foi feito trans-op. (6340 pg/ml). Em 5 casos a cirurgia foi parcial desobstrutiva, 1 subtotal e em 30 foi feita tireoidectomia total (19 em um tempo só, 10 em dois, e 1 em três). Em 12 casos além da TT, foi realizado esvaziamento cervical ganglionar; 12 pacientes foram irradiados no pós-op., 8 com irradiação externa e 4 com IRA (média de 110mCu); a classificação TNM dos pacientes mostrou: Estádio I = 10; II = 7; III = 15 e IV = 4. Em 29 casos foi realizado exame anatomopatológico de congelação que mostrou 25 malignos, 3 inconclusivos e 1 benigno. Os pacientes foram seguidos num período de 1 a 22 anos.

A prop. de sobrevida em 5 anos foi de 70%, em 10 foi de 34% (12 óbitos).

RESUMO 126

METÁSTASES EM TRÂNSITO NO CARCINOMA ESPINOCELULAR CUTÂNEO

Calvis L.A., Bandiera D.C., Santos I.D.A.O., Belfort F.A., Zacharias D.P.M. e Silva J.G.

Hospital A.C. Camargo — São Paulo-SP

Os autores chamam a atenção sobre o ato da maioria dos especialistas considerarem as "Metástases em Trânsito" que ocorrem em pacientes portadores de melanoma maligno uma característica desta neoplasia. Citam o trabalho de Sthelin que denominou "Metástase em Trânsito", conglomerado de células de melanoma maligno cutâneo que se distribuem pelos linfáticos dilatados da derma ou do subcutâneo, a mais de 3cm da borda da lesão primária em direção aos linfonodos regionais. Assinalam que tal forma de disseminação não é privativa do melanoma maligno podendo, embora raramente, também suceder nos carcinomas de células escamosas. Encarecem a necessidade de especial atenção sobre alguns aspectos macro e microscópicos, que poderiam sugerir maiores possibilidades de aparecimento destas metástases. Apresentam 4 pacientes de sua casuística nos quais ocorreu tal fato.

RESUMO 127

ESTUDO COMPARATIVO DA RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA (RNM) E TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (TC) NO DIAGNÓSTICO DE LESÕES CEREBRAIS METASTÁTICAS

Artur Katz, Sérgio D. Simon, Rene C. Gansl, João Radvany, Benjamin W. Handfas, Suely K. N. Marie e João C. Toledo

Hospital Israelita Albert Einstein — São Paulo-SP

Entre 14/4/86 e 29/09/87, 34 pacientes portadores de neoplasias malignas com metástases cerebrais foram submetidos a RNM. A maior parte dos pacientes foi concomitantemente submetida a TC. Dentre os pacientes que foram submetidos aos dois tipos de exame, encontramos 7 casos nos quais as informações fornecidas pela RNM foram claramente superiores às informações fornecidas pela TC, não se tendo verificado o oposto em qualquer dos casos. Em 2 destes casos a TC mostrou-se normal, em contraposição à RNM, que demonstrou presença de múltiplas lesões nodulares no interior do parênquima cerebral. Em outro destes pacientes, a TC foi capaz de demonstrar a presença de recidiva local de tumor cerebral primário, deixando contudo de revelar lesão metastática presente na haste hipofisária, visível pela RNM. Nos 4 casos restantes, a TC demonstrou a presença de lesões metastáticas, porém o número, volume e localização anatômica precisas fossem melhor definidas pela RNM. Os achados deste estudo sugerem que a RNM seja um método propedêutico mais sensível do que a TC. Assim sendo, em situações nas quais a definição exata das características da doença neoplásica cerebral seja imprescindível, deve-se empregar preferencialmente a RNM.

RESUMO 128

MARCADORES TUMORAIS EM FIBROHISTIOCITOMA MALIGNO EXPERIMENTAL — DETECÇÃO PELA IMUNOHISTOQUÍMICA

R.A. Ribeiro, C.E. Bacchi, E.B. Rocha e S. Zucoloto

Deptº de Farmacologia, C.C.S. (UFC) Deptº de Pat. FMRP — USP e Deptº Patologia FM. Botucatu (UNESP).

Técnicas de imunohistoquímica utilizando marcadores histiocíticos e de filamentos citoplasmáticos têm sido recentemente empregadas na confirmação diagnóstica de

fibrohistiocitomas malignos (FHM) humanos e outros tumores de partes moles de suposta origem fibroblástica-histiocítica. Um tumor espontâneo surgido em rato albino Wistar vem sendo mantido em nosso laboratório através de transplantes subcutâneos. Estudos anteriores de microscopia óptica e eletrônica demonstraram ser esta neoplasia constituída por células histiocíticas-símile, fibroblásticas-símile e células indiferenciadas. Na avaliação imunohistoquímica, utilizou-se cortes de 5 μ m de blocos rotineiramente parafinados de 2 tumores e a seguir processados para verificação da presença dos antígenos alfa-1-antitripsina (A1AT), alfa-1-antiquimotripsina (A1ACT), lisozima e vimentina empregando-se como técnica de imunoperoxidase e da AVIDINA-BIOTINA modificada, descrita por HSU et al. (Am. J. Clin. Pathol. 75: 1981). Os anticorpos primários antilisoizima, anti-alfa-1-antitripsina, anti-alfa-1-antiquimotripsina e antivimentina foram obtidos da Dako Lab., Dinamarca e os anticorpos secundários biotinilados da Vector Lab., Califórnia. Utilizou-se como controles positivos tecidos conhecidos como possuidores dos antígenos pesquisados e como controle negativo a substituição do anticorpo primário específico por soro não imune da mesma espécie animal onde foi produzido o anticorpo primário. As reações mostraram considerável positividade para lisozima e vimentina sendo negativas para A1ACT. Confirma-se portanto a sua inclusão na categoria dos FHM.

RESUMO 129

CARCINOMAS MAMÁRIOS: ALTERAÇÕES DA MEMBRANA BASAL (LAMININA).

Alberti Jr. O. e Alberti V.N.

Laminina é uma glicoproteína sintetizada por células epiteliais, endodérmicas e de Schwann, codificada por genes diversos. Na membrana basal ela possui função estrutural e de adesão celular, estando envolvida em mecanismos de invasão celular via receptores de laminina na superfície de células neoplásicas. Analisamos 50 carcinomas mamários fixados em formalina e embebidos em parafina por imunoperoxidase indireta utilizando anticorpo policlonal de coelho obtido por inoculações de laminina purificada de tumores EHS de camundongos C57b.

Laminina foi demonstrada na membrana basal vascular e epitelial, com padrão homogêneo e linear em carcinomas intraductais, os carcinomas invasivos apresentaram padrão heterogêneo e descontínuo, multilaminar. Ao contrário de literatura recente, não encontramos anomalias na membrana basal de vasos do estroma tumoral. A técnica de imunoperoxidase para laminina evidenciou alterações heterogêneas da MB de carcinomas invasivos, tornando-a útil no freqüente dilema diagnóstico de carcinomas intraductais e no estudo da interação tumor-estroma.

RESUMO 130

ULTRA-SONOGRAFIA NAS METÁSTASES DO BAÇO. ESTUDO DE 94 CASOS

Schmillevitch J., Gorski A.C., Kobayashi E.S., Resstom L., Leal E.T. e Leal U.

Hospital A.C. Camargo — Fund. Antônio Prudente — SP
Hospital Umberto Primo — SP

Foram analisados os aspectos ecográficos de 94 pacientes portadores de metástases no baço, confirmados por exames anátomo-patológicos através de cirurgia, ou necrópsia.

Sessenta e seis casos foram linfomas (Hodgkin e não Hodgkin), nos quais os padrões ecográficos mais encontrados foram as lesões focais hipoecogênicas (26 casos) e alterações difusas (33 casos). Quatorze casos foram de melanoma maligno, com o padrão de lesão focal hiperecogênica mais freqüente (9 casos).

Metástases no baço de outros tumores são raras.

Foram encontrados 6 casos de carcinoma de ovário, 2 casos de coriocarcinoma, e 6 casos de tumores primários diversos. Os resultados demonstram que com exceção dos linfomas, as metástases do baço apresentaram padrão hiperecogênico com maior freqüência. Não houve correlação entre o aspecto ecográfico das metástases e o tumor primário.

RESUMO 131

IMPORTÂNCIA DA LAPAROSCOPIA NO DIAGNÓSTICO DOS TUMORES ABDOMINAIS MALIGNOS

Manoel dos Passos Galvão Filho e Urandi Franco Riella da Fonseca

Serviço de Endoscopia (Laparoscopia) da Sta. Casa de Misericórdia de Itabuna — Itabuna — Bahia

Os autores enfatizam a importância da Laparoscopia como um dos melhores métodos diagnósticos na esfera da Oncologia abdominal em função da sua simplicidade, realizada na maioria das vezes sob anestesia local em pacientes de alto risco ou em péssimo estado geral, sendo deste modo poucas as suas contra-indicações absolutas e muitas as suas aplicações tais como: no diagnóstico de tumores primitivos hepáticos realizando-se biópsias dirigidas; na detecção das metástases em geral e no estadiamento da D. de Hodgkin e dos Ca de estômago possibilitando valiosos dados sobre localização e infiltração. Outras indicações importantes seriam o esclarecimento da natureza da ascite e a realização do second-look nos tumores malignos do ovário e intestino grosso. Mesmo com o aparecimento de aparelhagens sofisticadas tais como o ultra-som e a tomografia computadorizada, o futuro da Laparoscopia como meio diagnóstico está assegurado, evitando a Laparotomia, realizando biópsias dirigidas e estadiando tumores. Os autores concluem o trabalho analisando cerca de 300 laparoscopias diagnósticas num total aproximadamente de 1.600 Laparoscopias.

RESUMO 132

ESTADIAMENTO (TNM) E EVOLUÇÃO DE 330 CASOS DE CARCINOMA DE TIREÓIDE (CT) OPERADOS

Rosa J.C., Romão L.A., Piovesan J.B. e Aoyama E.M.

Hospital do Serv. Pub. Estadual do Est. de S. Paulo

Dentre 435 casos de CT operados no período de 1962 a 1986, 330 casos foram estadiados e analisados retrospectivamente segundo a classificação TNM com pequenas modificações em relação a T (tumor primário) dada a grande predominância de bócio colóide em nosso meio, enquanto na Europa e USA predominam os adenomas. Os nossos casos foram assim estadiados: I representa tumores pequenos, não duros, móveis de difícil diagnóstico clínico; representou 50% de nossos casos; II corresponde a nódulos duros, que sugerem malignidade 29%; III, representa os casos de tumores fixos com comprometimento da cápsula e ou dos linfonodos (17%); IV, baseado na presença de metástases com ou sem comprometimento de N ou M (4%).

Após o tratamento, os pacientes foram acompanhados em ambulatório e reinternados algumas vezes para controle mais acurado. Os dados foram plotados segundo o método de tábuas de vida atuariais (CUTLER & EDERER). Os resultados mostraram ausência de diferença significativa entre os doentes dos estádios I, II e III.

O estágio IV teve menor proporção de sobreviventes ($p < 0,001$) quando comparado aos

RESUMO 133

SÍNDROME DE LYNCH

Luiz Gonzaga Porto Pinheiro, Juarez Alves Sampaio e Paulo Ferdinando Melo Oliveira

Instituto do Câncer do Ceará

Os autores realizaram estudo em uma família portadora de Síndrome de Câncer Familiar, observaram alta prevalência de câncer de cólon (6 neoplasias malignas, e 5 benignas em 7 irmãos) e 2 neoplasias de tireóide na mesma família. O estudo da localização, da existência de tumores sincrônicos, da faixa etária dos indivíduos afetados, da sobrevivência destes, mostrou tratar-se da Síndrome de Lynch: Uma variedade de câncer familiar com alta prevalência de neoplasia de cólon, localizados mais freqüentemente no ceco e demais porções do cólon direito, atingindo pacientes de faixa etária entre 40 e 60 anos, com sobrevivência melhor que a população geral de portadores destas neoplasias. Há freqüentemente associação com tumores de mama e tireóide.

Realizou-se "Screening" em 4 gerações, encontrando-se como provável transmissor do caráter genético da síndrome o progenitor dos 7 irmãos antes referidos (segunda geração). Nas terceira e quarta gerações (82 indivíduos), não foram ainda detectados sinais e sintomas sugestivos da doença provavelmente por se constituírem de jovens.

RESUMO 134

XERORRADIOGRAFIA NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER MAMÁRIO

Marconi de Luna, Ladislau de Almeida e Celestino de Oliveira

Hospital Central da Aeronáutica e Unidade de Xerorradiografia do Rio de Janeiro

A Xeromamografia foi idealizada em 1968 pelo Prof. John Wolfe de Detroit, nos USA. No Rio de Janeiro, nós a inauguramos em agosto de 1984 no Hospital Central da Aeronáutica e em setembro de 1985 na Unidade de Xerorradiografia do Rio de Janeiro. O sistema é composto de duas unidades: o condicionador e o processador que utilizam uma placa de selênio e um pó revelador (Tonèr) para processar as imagens da mama a seco em apenas 90 segundos. Empregamos o padrão mamário (N1, P1, P2 e Dy) como indicador de risco no desenvolvimento do câncer mamário, principalmente em mulheres acima de 35 anos. As portadoras dos padrões mamários (P2 e Dy) apresentam maior incidência de câncer mamário. No Hospital Central da Aeronáutica e na Unidade de Xerorradiografia do Rio de Janeiro, de agosto de 1984 a março de 1987, realizamos 5.274 xeromamografias, com 5,4% de carcinoma mamário, sendo que esta neoplasia maligna incidiu nas portadoras de padrão mamário Dy em 40% e P2 em 30%. Nossos achados estão de acordo com a literatura, o que nos leva a considerar o padrão mamário como importante indicador para o rastreamento do câncer mamário.

RESUMO 135

RELEVÂNCIA DA DETERMINAÇÃO IMUNOHISTOLÓGICA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIÔNÁRIO EM CARCINOMAS PRIMÁRIOS E METASTÁTICOS DE MAMA

Alberti Jr. O. e Alberti V.N.

Há muitos anos especula-se a existência de múltiplos clones celulares em carcinomas ductais infiltrativos da mama. Trabalhos recentes demonstram esse fato, por estudos de DNA, expressão de oncogenes e sobretudo variabilidade da determinação de antígenos mamários (RE, CEA, caseína, lactalbumina, PAG-1, PAPP-A).

Estudamos 17 carcinomas ductais infiltrativos com metástases em linfonodos axilares. Todos os casos foram analisados por imunohistologia quanto à expressão de receptores de estrógeno (RE) e antígeno carcinoembrionário (CEA) em tecidos parafinizados. Dos tumores primários, 10 foram RE positivos e 15 CEA positivos. A pesquisa de CEA foi positiva em todos os 17 cânceres metastáticos; RE foi encontrado em apenas 4 das metástases.

Nossos resultados corroboram dados da literatura que CEA é um marcador de maior proliferação e agressividade de carcinomas mamários.

Todas as metástases expressaram CEA difusamente enquanto os tumores primários reagiram com padrões clonais diversos.

RESUMO 136

O EMPREGO DA RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA (RNM) NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE DOENÇA METASTÁTICA EM ESQUELETO AXIAL

Artur Katz, Rene C. Gansl, Sérgio D. Simon, Laércio Rosenberg, Salvador Abílio e Sidney S. Forni

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo

Entre 13/11/86 e 29/9/87 foram acompanhados 3 pacientes portadores de doenças neoplásicas metastáticas nos quais o diagnóstico precoce de acometimento neoplásico da coluna vertebral foi possível, em grande parte, ao uso da RNM.

Em todos os 3 casos a cintilografia óssea era normal. Em 2 dos 3 casos, tomografia computadorizada realizada em aparelho de 4.^a geração foi incapaz de revelar qualquer anormalidade óssea, tendo sido realizada anteriormente à RNM, para esclarecimento de quadro doloroso localizado. O paciente restante encontrava-se assintomático e o diagnóstico de envolvimento vertebral foi feito por ocasião de RNM da pelve, ocasião na qual encontrou-se lesão metastática ao nível da 4.^a vértebra lombar, confirmada posteriormente por estudo tomográfico.

Estes casos evidenciam a maior sensibilidade da RNM em detectar lesões ósseas metastáticas em coluna vertebral e tomografia computadorizada.

Naturalmente não se pretende propor que a RNM venha a substituir indiscriminadamente a cintilografia óssea como método propedêutico de eleição para o diagnóstico e seguimento de lesões metastáticas da coluna vertebral, ressaltando-se entretanto que a maior sensibilidade proporcionada pela RNM pode ser de grande valia para casos selecionados, para os quais pode constituir-se no único método propedêutico não invasivo capaz de nos permitir demonstrar lesões ósseas invisíveis a outros exames.

RESUMO 137

MORTALIDADE POR NEOPLASIAS MALIGNAS, EM FORTALEZA, EM 1981-83

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Instituto do Câncer do Ceará — Registro de Câncer do Ceará

O objetivo do estudo foi analisar a mortalidade por neoplasias malignas, segundo sexo e localização anatômica em residentes em Fortaleza em 1981-83. O material foi obtido junto à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e ao Registro de Câncer do Ceará. As declarações de óbito que tiveram as neoplasias malignas selecionadas como causa básica de morte foram apuradas segundo localização anatômica, sexo e grupo etário. Foi estimada pelo método geométrico a população para o centro do período, com base nos resultados censitários de 1970 e 1980.

O câncer, com 1.204 e 1.335 óbitos, foi responsável por 7,29% e 10,04% das mortes entre homens e mulheres, respectivamente, representando taxas de 61,30 e 58,71 por 100.000

habitantes. A tendência dos riscos foi ascendente com o avanço etário, sendo que os mais elevados riscos foram vistos nas faixas etárias de 80-84 anos no sexo masculino e de 75-79 anos no feminino. Dentre as localizações anatômicas do câncer, as maiores taxas foram, nos homens, as de estômago, pulmão e próstata, com taxas de 11,66, 7,69 e 6,82 por 100.000 habitantes, e, nas mulheres, as de mama, colo do útero e estômago, com taxas de 9,24, 7,56 e 5,26 por 100.000 habitantes, na mesma ordem.

RESUMO 138

ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO E RECEPTORES DE ESTRÓGENO EM CARCINOMAS MAMÁRIOS: PROGNÓSTICO

Alberti Jr. O. e Alberti V.N.

A dependência endócrina de carcinomas mamários é conhecida desde o século passado. Uma parcela desses tumores (aprox. 1/3), apesar de conterem receptores de estrógeno, não respondem à anti-hormonioterapia. Técnicas recentes empregando anticorpos monoclonais antiestrofilina têm possibilitado o estudo morfofisiológico de subpopulações tumorais. A literatura atual indica a reproduzibilidade da pesquisa de RE em material parafinizado, inclusive com vantagens sobre o método bioquímico.

Estudamos 35 carcinomas ductais infiltrativos, consecutivos, por imunohistologia para determinação de RE e CEA. Esses casos tinham seguimento clínico mínimo de 2 anos.

De 10 neoplasias RE positivas e CEA negativas, 8 apresentaram boa resposta terapêutica anti-hormonal. Seis de 7 pacientes RE positivas e CEA positivas não foram beneficiadas pelo tratamento anti-hormonal. Nossos dados, estatisticamente significativos, indicam que a determinação de CEA em carcinomas mamários possui papel prognóstico fundamental.

RESUMO 139

PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA FINA EM NÓDULOS SÓLIDOS — EXPERIÊNCIA INICIAL COM 150 CASOS — REALIZADO PELO SERVIÇO DE MASTOLOGIA E ANATOMIA PATOLÓGICA DO INCa. CORRELAÇÃO CLÍNICO-CITO-HISTOPATOLÓGICA

Elizete Martins dos Santos, Selene Maria Rendeiro Bezerra, João Luiz Campos Soares, Norma Império Meyrelles, Heitor Paiva e Gilson José Oliveira

Instituto Nacional de Câncer — RJ

Os autores realizam punção aspirativa com agulha fina (PAAF) em cento e cinquenta casos de nódulos sólidos de mama.

Efetuem correlação clínico-cito-histopatológica. A partir dos achados, tecem comentários a respeito da técnica da punção, da eficácia do método, da incidência de material insuficiente, dos critérios citomorfológicos e da correlação com a histopatologia.

RESUMO 140

PUNÇÃO ASPIRATIVA COM AGULHA FINA. AVALIAÇÃO CLÍNICO-CITO-HISTOPATOLÓGICA

Josélio Martins Franco, Paulo Cesar Fructuoso, Ray Alves dos Santos, Marcia Ayres da Motta, Antonio Lucas B. Tenuta e Elizabeth de Carvalho Alves

O objetivo principal deste trabalho foi avaliar o método de punção aspirativa com agulha fina, no diagnóstico das lesões sólidas da mama.

Foram submetidas a este procedimento e incluídas em nosso estudo 51 pacientes portadoras de tumores mamários sólidos, das quais 29 eram portadoras de neoplasias malignas e 23 portadoras de patologias benignas da mama.

Os autores após avaliação clínica e estadiamento pelo sistema TNM nas lesões presumivelmente malignas, obtiveram a seguinte correlação cito-histológica: citologia positiva para malignidade 23 casos, nos quais todas foram confirmadas pela histopatologia com os seguintes tipos: 19 carcinomas ductais infiltrantes, 1 cistossarcoma filóide, 1 carcinoma adenóide cístico, 2 carcinomas mucinosos. Com relação à citologia negativa para malignidade tiveram 23 casos com os seguintes resultados histopatológicos: 14 fibroadenomas, 4 mastopatias fibrocísticas, 1 papilomatose ductal, 1 citoesteatonecrose e 3 casos falso-negativos que ficaram caracterizados como carcinoma ductal infiltrante.

Durante a exposição do trabalho, será demonstrada a técnica aplicada.

RESUMO 141

DESCARGA PAPILAR — AVALIAÇÃO CLÍNICO-HISTOPATOLÓGICA DE 21 (VINTE E UM) CASOS

Ray Alves dos Santos, Paulo Cesar Frutuoso, Josélio Martins Franco, Marcia Ayres da Motta e Antonio Lucas B. Tenuta

Hospital Mário Kroeff, Rio de Janeiro-RJ

O objetivo do presente trabalho foi avaliar a correlação clínico-histopatológica de 21 (vinte e um) casos de descarga papilar.

Os autores apresentam o resultado do levantamento de 783 patologias benignas e malignas da mama, diagnosticadas e tratadas cirurgicamente no Serviço de Mastologia do Hospital Mário Kroeff, das quais foram encontrados 21 casos de descarga papilar elegíveis para este estudo cuja correlação clínico-histopatológica demonstrou os seguintes resultados: 12 (doze) casos de patologias benignas e 9 (nove) casos de patologias malignas.

A descarga papilar hemorrágica predominou nas pacientes portadoras de câncer tipo adenocarcinoma ductal e carcinoma papilífero. A descarga papilar não hemorrágica predominou nas patologias benignas do tipo displasia cística, papilomas e ectasia ductal.

Os aspectos da semiologia e fisiopatogenia do derrame papilar serão expostos durante a apresentação.

RESUMO 142

AVALIAÇÃO DO RENDIMENTO DA BRONCOSCOPIA EM 100 PACIENTES PORTADORES DE CÂNCER DE PULMÃO

Roriz W., Toscano E., Torquato E., De Biasi S. e De Biase P.

Serviço de Tórax — Instituto Nacional de Câncer — RJ

Analisamos diversos parâmetros de 100 pacientes consecutivos submetidos a broncoscopia no INCA (Serviço de Cirurgia Torácica), no período de fevereiro de 1983 a outubro de 1984, e que tiveram confirmado o diagnóstico de câncer do pulmão, obtido ou não por este método de exame. O exame endoscópico permitiu o diagnóstico histopatológico em 75% dos pacientes, usando-se a associação das técnicas de colheita de material endobrônquico (biópsia, escovado e aspirado ou lavado brônquico). Nos tumores periféricos (58 pacientes) conseguiu-se o diagnóstico em 37 pacientes (63,8%). Mesmo os exames endoscópicos considerados normais (17 pacientes) obtiveram o diagnóstico histopatológico em 4 pacientes (23,5%). Concluímos que o exame endoscópico tem bom rendimento no diagnóstico histopatológico de câncer de pulmão, tornando-se indispensável a colaboração de um setor de Citopatologia altamente capacitado.

RESUMO 143**ULTRA-SONOGRAFIA NO TUMOR DE WILMS****Schmillevitch J., Gorski A.C., Spritzer L., Bianchi A., Camargo B. e Epelman S.****Hospital A.C. Camargo — FAP — SP****Hospital Umberto Primo — SP**

Os autores apresentam os resultados obtidos com a ultra-sonografia em 34 casos de Tumor de Wilms. As idades variaram de recém-nascido a 20 anos.

O método identificou todos os casos, sendo que em 15% não foi possível o diagnóstico diferencial com outros tumores retroperitoneais.

No estadiamento, o acerto do exame foi parcial, na detecção de linfonodos, trombos e metástases hepáticas, e não forneceu informações sobre ressecabilidade.

A ultra-sonografia foi importante no seguimento após a cirurgia, demonstrando recidivas e metástases quando presentes.

O exame é inócuo, apresenta baixos custos, e tem boa aceitação pela criança.

RESUMO 144**ULTRA-SONOGRAFIA NOS TUMORES PRIMÁRIOS E METASTÁTICOS DE PARTES MOLES.
ESTUDO DE 66 CASOS****Schmillevitch J., Gorski A.C., Vieira A., Manski R., Zille V.C. e Serson D.****Hosp. A.C. Camargo — Hosp. Umberto Primo**

Foram analisados 48 tumores primários de partes moles e 18 tumores metastáticos, todos com exame anátomo-patológico. Os tumores primários foram 14 fibrossarcomas, 13 lipossarcomas, 4 histiocíticos, 7 rabdomiossarcomas, 7 leiomiiossarcomas, 1 linfangiossarcoma, 2 linfomas, e 1 mesenquimoma. O padrão ecográfico foi variável, e não específico. Nos lipossarcomas observou-se uma predominância hiperecogênica.

O exame avaliou a extensão do tumor e sua profundidade. Em 8 casos, os tumores apresentaram extensão para: a) pelve, retroperitônio, ou metástases ganglionares, ou hepáticas. Nos 18 casos de metástases em partes moles, o aspecto ecográfico foi variável e indistinguível dos tumores primários.

O trabalho conclui que a ultra-sonografia contribui no diagnóstico de tumores primários e metastáticos de partes moles.

RESUMO 145**GANHOS POTENCIAIS EM ANOS DE VIDA COM A EXCLUSÃO DAS MORTES POR
NEOPLASIAS MALIGNAS EM FORTALEZA EM 1981-83****Marcelo Gurgel Carlos da Silva****Instituto do Câncer do Ceará — Registro de Câncer do Ceará**

O objetivo do trabalho foi analisar a magnitude da atuação das neoplasias malignas, segundo localização anatômica, nas esperanças de vida, segundo sexo e idade, dos residentes no município de Fortaleza, no período de 1981-83, utilizando a metodologia das tábuas de vida de múltiplo decremento. O material levantado constou dos dados de mortalidade por todas as causas e por neoplasias malignas (CID-140-208), que foram causas básicas de morte na capital cearense em 1981-83 e da respectiva população estimada, de acordo com sexo e idade, para o mesmo desse

período. A técnica adotada foi a de CHIANG, que opera com o pressuposto da interdependência de riscos quando uma causa de morte é excluída.

A esperança de vida ao nascer foi de 61,04 anos nos homens e de 68,22 anos nas mulheres. Se os neoplasmas malignos não fossem causas de morte a expectativa de vida ao nascer passaria a 62,59 e 70,19 anos, respectivamente, nos sexos masculino e feminino, significando aumentos absolutos de 1,55 e 1,97 anos e aumentos relativos de 2,54% e 2,81%. Quanto às localizações anatômicas, as de maior importância nos homens foram estômago, pulmão e próstata, com 0,30, 0,19 e 0,14 anos e nas mulheres foram mama, colo uterino e estômago, com 0,29, 0,24 e 0,17 anos, respectivamente.

RESUMO 146

ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS POR CÂNCER, SEGUNDO LOCALIZAÇÃO ANATÔMICA, EM FORTALEZA EM 1981-83

Marcelo Gurgel Carlos da Silva

Instituto do Câncer do Ceará — Registro de Câncer do Ceará

O objetivo do trabalho foi de analisar a vida em potencial sacrificada pelo câncer na população residente em Fortaleza no período de 1981-83. O material foi oriundo das declarações de óbitos de residentes na capital cearense, que, após o processo de codificação da causa básica de morte segundo a CID-9, foram apuradas por causa, sexo e grupo etário. A técnica aplicada para o cálculo dos anos potenciais de vida perdidos (APVP) foi a sugerida por HAENSZEL e desenvolvida por ROMEDER & McWHINNIE. A idade limite adotada para ambos os sexos, considerando os valores vigentes da expectativa de vida, foi estabelecida em 65 anos. A população estimada foi obtida no Registro de Câncer do Ceará.

Dos 190.762,5 APVP em homens e dos 126.210,5 APVP em mulheres, as neoplasias malignas participaram com 12.113 APVP e 15.417,5 APVP, respectivamente, correspondendo a 6,35% e 12,22% de todas as perdas prematuras e traduzindo taxas de APVP de 6,57 e 7,25 por 1.000 habitantes. Dentre as localizações anatômicas de câncer, as mais elevadas taxas de APVP em homens foram as leucemias, a gástrica e a pulmonar, com riscos de 1,34, 0,70, e 0,49, e em mulheres, foram as de colo uterino, leucemias e mama, com 1,17, 1,07 e 1,00, respectivamente, por 1.000 habitantes.

RESUMO 147

FUMO E HOSPITAL DE CÂNCER

Geraldo Matos de Sá, Carlos Murillo Vasconcelos Linhares e Maria do Carmo Sampaio

Instituto Nacional de Câncer — Rio de Janeiro — RJ

O fumo tem sido responsabilizado como um dos fatores de risco mais importantes no aparecimento do câncer. Por este motivo vem sendo desenvolvido em todo mundo uma campanha de educação e alerta da população em geral, chamando atenção para os malefícios advindos do uso de qualquer forma de tabaco.

Apesar dos dados apresentados nestas campanhas serem considerados alarmantes, grande parte das pessoas permanecem céticas com relação aos percentuais exibidos.

No INCa, entre janeiro e fevereiro de 1986 foram realizadas 1216 entrevistas englobando funcionários, pacientes e acompanhantes dos mesmos, que responderam basicamente a quatro perguntas: você é fumante?, você é favorável que se fume livremente em todas as dependências do INCa?, você acha que deva existir uma área só para fumar?, você é favorável a completa proibição de fumar em qualquer dependência do INCa?.

O presente trabalho visa mostrar os resultados desta amostragem, com a conclusão de que possivelmente em respeito à doença câncer e seus portadores, um alto percentual (65%) dos entrevistados mostrou-se contrário ao uso do fumo nas dependências do Hospital, inclusive entre os fumantes (35%).

RESUMO 148

CATETERISMO VENOSO CENTRAL COM SISTEMA TOTALMENTE IMPLANTÁVEL (PORT-A. CATH) COMO MEIO AUXILIAR NO TRATAMENTO DO CÂNCER

Ademar Lopes, Everardo Leite Gonçalves, Luciano do Valle Saboia, Marcelo Bandeira Coelho Dias e Fernando C. Gentil

Hosp. A.C. Camargo — FAP

Os autores fazem considerações gerais sobre os sistemas de administração de drogas totalmente e parcialmente implantáveis, como meio auxiliar no tratamento do câncer. Descrevem o sistema "port-A.cath" (Pharmacia*), no que se refere a sua constituição, indicações, cuidados e apresentam a experiência em 35 pacientes em que estes cateteres foram implantados. A análise dos resultados, excetuando-se as falhas devido a técnica de inserção e cuidados no manuseio, mostrou índices de complicações de 21,43%, representado por 4 casos de infecção, um de trombose e outro de ruptura do cateter.

RESUMO 149

PROBLEMAS INERENTES ÀS COLOSTOMIAS

Joaquim Branco, Maria Tereza Baldini e Luiz Henrique da Silva Leme

Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tomori. Milano. Italia

O tema trata dos problemas inerentes às colostomias. Principalmente sobre as complicações imediatas e tardias.

Entre as imediatas a mais freqüente é a retratação do estoma, e nas tardias onde é mais comum o prolapso. Uma grande parte do trabalho é baseado nos problemas psicoanalíticos do paciente colostomizado, problemas colocados em destaque pelo psicoanalista. Foram feitos uma série de testes entre os quais estão representados graficamente através de desenhos sobre temas livres entre os quais os autores discutem colocando em relevo as linhas mais marcantes da personalidade dos pacientes que foram submetidos a uma colostomia.

RESUMO 150

EXPERIÊNCIA COM A HEPARINA EM METÁSTASES

Chiaffitelli C.A.

Serviço de Oncologia e Radioterapia da A.C. Santa Casa do Rio Grande do sul, RS

Quando se aplica Heparina se altera o comportamento clínico de metástases hematogênicas. Experiências com substâncias coagulantes mostraram também alterar o comportamento de metástases em trabalhos experimentais.

Pode-se especular em alterações na microcirculação ao se formarem as metástases, em interferência no T.A.F., em uma facilitação da permeação no interior das metástases conseguida através da dissolução de microtrombos pela Heparina (efeito potencializador de quimioterapia) ou

em um fator ainda pouco claro na correlação entre a coagulabilidade sangüínea e a formação de metástases.

Em 1985 começamos a utilizar heparina isoladamente ou em associação com quimioterapia a fim de testar possíveis alterações em metástases pulmonares em uma série de pacientes oncológicos.

A tosse e a dispnéia que acompanham quase sempre os casos de metástases pulmonares ou de linfangite neoplásica, desapareceram em todos os pacientes tratados. Dos 14 (quatorze) casos observados de metástases pulmonares nodulares e 2 (dois) de linfangite neoplásica se obteve desaparecimento objetivo radiográfico (C.R.) em 3 (três) casos de metástases pulmonares e 1 (um) de linfangite neoplásica.

RESUMO 151

MICOSE FUNGÓIDE — ELETRONTERAPIA DE CORPO INTEIRO

Luiz Henrique J. Pinto, Luís Souhami Filho e Carlos M. M. de Araújo

Instituto Nacional de Câncer — Rio de Janeiro — RJ

De fevereiro de 1982 a março de 1986, 11 pacientes (pts) portadores de Micosse Fungóide foram tratados na Seção de Radioterapia do Instituto Nacional de Câncer (INCa.), utilizando-se elétrons em corpo inteiro. O grupo foi composto de 7 pts do sexo masculino e 4 do feminino, sendo a sétima década de vida a mais acometida, contribuindo com 5 pts. A queixa principal mais comum foi prurido e descamação e o exame físico inicial confirmou a presença de prurido generalizado em 10 pts, eritema em 10 pts e descamação em 4 casos. A fase da doença mais comumente encontrada foi a eczematóide em 5 casos, seguido da fase em placa em 4 casos, tumor em 2 casos e 1 caso de Síndrome de Sezary. O tratamento no INCa. constou de radioterapia de corpo inteiro com elétrons de 6 MeV, com cuidados especiais de proteção do cristalino e eventualmente das unhas dos membros superiores. O seguimento mediano do grupo de pts é de 36 meses. Resposta completa foi obtida em 6 pts e resposta parcial em 5 pts. O intervalo mediano livre de doença foi de 6 meses, sendo que os pts que recidivaram puderam ser submetidos a um segundo curso de tratamento com elétrons em 2 casos e com cinarizina em 1 caso. Os efeitos colaterais mais freqüentemente encontrados foram alopecia em 100% dos casos, náuseas em 45%, queda de unha em 36%. A sobrevida atuarial em 45 meses foi de 65%.

A eletronterapia de corpo inteiro é uma modalidade terapêutica eficaz, podendo ser utilizada mesmo nas fases mais avançadas de doença, levando à remissão completa 54% dos pts tratados.

RESUMO 152

EMPREGO DO LASER DE CO₂ NA EXÉRESE DE CARCINOMAS DE PELE

Santos I.D.A.O., Zacharias D.P.M., Bandiera D.C., Calvis L.A., Belfort F.A. e Silva J.G.

Hospital A.C. Camargo — São Paulo-SP

O raio laser de CO₂ vem sendo usado em neoplasias de pele de dois modos, ambos com resultados promissores, porém controversos: como um bisturi, extirpando a lesão, ou diretamente sobre a neoplasia, destruindo-a por fotocoagulação. Avaliamos o raio laser de CO₂ como instrumento cortante em 52 carcinomas de pele, de 0,5 a 2,0cm, deixando a cicatrização por 2.^a intenção. Comparamos os resultados estéticos e oncológicos com igual número de carcinomas de pele, operados pela mesma equipe, na mesma época, com bisturi convencional, segundo a técnica habitual usada pelo Departamento do Tegumento do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente. De acordo com critérios preestabelecidos, classificamos esteticamente os resultados das cicatrizes em bons, satisfatórios e maus e não encontramos diferenças significativas ($p > 0,5$) em termos estatísticos. Não verificamos recidivas em 100% dos casos estudados em ambos os grupos, após 1 ano de seguimento.

RESUMO 153

INFECÇÃO EM PACIENTES NEUTROPÊNICOS

Eduardo Duarte Velasco, Carlos Alberto Martins e Eraldo Vidal

Instituto Nacional de Câncer (RJ)

Com o objetivo de avaliar fatores de risco durante episódios infecciosos em pacientes neutropênicos, foi realizado um estudo retrospectivo onde analisamos os prontuários de 209 pacientes internados no Instituto Nacional de Câncer, que apresentaram 317 episódios febris durante um período de 36 meses. A evolução dos processos infecciosos nos pacientes neutropênicos foi profundamente alterada por fatores de risco, tais como o grau de neutropenia, a presença de bacteriemias, infiltrados pulmonares e trombocitopenias graves (menos de 30 mil células por mm^3). Numa análise univariada, a ocorrência desses fatores de risco apresentaram uma incidência significativamente aumentada em pacientes gravemente neutropênicos (menos de 100 células por mm^3). Houve uma correlação expressiva entre a gravidade de neutropenia e a presença concomitante de bacteriemias, infiltrados pulmonares e trombocitopenias graves. Os pacientes que desenvolveram bacteriemias ou apresentaram um baixo número de plaquetas tiveram maior incidência de infiltrados pulmonares e, conseqüentemente, alta taxa de mortalidade. Não houve diferença estatística significativa quanto à eficácia terapêutica antimicrobiana entre as diversas associações empregadas. Porém, a presença da amicacina no esquema inicial terapêutico foi responsável por uma alta taxa de eficácia e, nos esquemas em que foi introduzida após modificações, correspondeu a um percentual adicional importante de melhora clínica do processo infeccioso.

RESUMO 154

A IRRADIAÇÃO DE CORPO INTEIRO NOS TRANSPLANTES DE MEDULA ÓSSEA

* Pizzatto L.P., Zanis Neto J., Souza O.R., Pasquini R., Ferreira E. e Cestari I.J.

Nos últimos 10 anos, numerosos relatos de vários centros indicaram claramente que altas doses de quimioterapia (QT), usualmente ciclofosfamida a 60mg/kg/dia durante 2 dias, somadas a irradiação de corpo inteiro (TBI, de "total body irradiation") podem ser efetivas como tratamento em grande parte dos pacientes com leucemia. As dificuldades primeiras para o TBI são: a necessidade de inclusão de todo o comprimento do paciente dentro do campo irradiante, e a homogeneidade da dose no plano mediano. A preocupação subsequente é em que intensidade aparecerão as complicações imediatas e tardias correlacionadas com a irradiação e em quanto podem agravar as demais, como fator de potencialização. O grupo de Curitiba apresenta os resultados obtidos em 42 pacientes com leucemias e outras neoplasias em diversas condições clínicas que foram condicionadas com QT e TBI e receberam TMO, com seguimento mínimo de 2 anos. Conclui que ocorreu a pega do transplante em todos os casos avaliáveis; que as complicações orgânicas devidas ao tratamento irradiante não são as principais responsáveis pela falha, mas sim as reações enxerto-contra-hospedeiro e, principalmente, as infecções; e que, já em nosso meio, o TMO oferece real possibilidade de sobrevida a pacientes cujos prognósticos se encontravam fechados.

RESUMO 155

USO DE CATETERES DE PERMANÊNCIA LONGA EM QUIMIOTERAPIA DO CÂNCER

Sebastião Cabral Filho, Nedda Maria Vasconcelos Novaes, Mary da Silva Thereza, Eduardo Carvalho Brandão, Eduardo Nascimento, Eugênio Baumgratz Lopes, João Augusto Moreira Teixeira, Maria do Carmo de Lima R. Vieira, Maria Nunes Álvares e Wagner Brant Moreira

Os autores descrevem a experiência do Serviço de Oncologia Clínica da Santa Casa de Misericórdia e do Hospital Belo Horizonte, com o manuseio de 13 cateteres de permanência longa, tipo Broviac (exteriorizado) e 12 totalmente implantáveis, sendo 11 importados (Port-A-Cath) e 1 nacional (Machi) implantados em 13 pacientes em diversos tipos de câncer e com graves problemas para venóclise, devido ao extenso uso prévio das veias. Estes sistemas foram observados em 1 período que variou de um mínimo de 1 mês e no máximo 17 meses. Cinco pacientes continuam usando o sistema (todos Port-A-Cath), 6 faleceram quando ainda estavam usando os cateteres e 2 foram retirados, devido à infecção local. Além dos episódios citados acima, foram verificados ainda 2 casos de eritema local, 1 de obstrução, 2 de extravasamento e um de refluxo em torno da agulha de punção, sem ter sido diagnosticado obstrução do cateter. Embora os sistemas totalmente implantáveis signifiquem um avanço, o seu uso rotineiro é ainda temeroso, necessitando de pessoal qualificado para o seu uso.

RESUMO 156

SISTEMA TOTALMENTE IMPLANTÁVEL PARA ADMINISTRAÇÃO DE DROGAS "INTRAPORT"

Ademar Lopes, Marcelo Bandeira Coelho Dias, Everardo Leite Gonçalves, Francisco A. Belfort e Fernando C. Gentil

Hospital A.C. Camargo — FAP

A obtenção de veias periféricas para os diversos procedimentos necessários ao diagnóstico e tratamento do câncer freqüentemente torna-se difícil, devido à ação vesicante que muitos antilábicos exercem sobre o endotélio vascular, levando a uma fibroesclerose progressiva e impossibilitando o uso destes vasos.

Os cateteres venosos centrais totalmente implantáveis representaram um grande avanço como meio auxiliar no tratamento do câncer.

Estes cateteres além de permitirem um meio seguro para a administração de drogas, são mais cômodos e exigem poucos cuidados, o que traz um menor risco de infecção e trombose, quando comparados aos sistemas não totalmente implantáveis.

Os autores mostram a experiência com dez cateteres venosos centrais do tipo "intraport", que foram implantados em pacientes portadores de neoplasias malignas, no Departamento de Cirurgia Pélvica do Hosp. A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente.

RESUMO 157

EXPERIÊNCIA DO CENTRO NACIONAL DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA (CEMO)
COM USO DE CATETERES TIPO HICKMAN-BROVIAC

Eduardo Duarte Velasco, Luis Fernando da Silva Bouzas e Daniel Tabak

Instituto Nacional de Câncer (RJ)

Quarenta e sete pacientes foram admitidos no Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea — CEMO — do Rio de Janeiro, tendo sido introduzidos 57 cateteres de Hickman-Broviac. O período mediano de permanência dos cateteres foi de 38 dias, com uma variação de um a 209 dias e um total de 3.104 dias de cateter. Vinte e oito cateteres (49,1%) foram removidos devido a complicações relacionadas ao cateter. Vinte e quatro cateteres apresentaram complicações infecciosas, com uma taxa de infecção de 42,1% e uma taxa de mortalidade de 4,2%. Após a introdução do manuseio e heparinização semanal dos cateteres pela equipe de enfermagem, a taxa inicial de infecção (45,2%) foi reduzida para 20% nos últimos 15 cateteres avaliados. A neutropenia não constitui um fator de risco para o desenvolvimento de sepse relacionada ao cateter. Os microorganismos Gram-negativos predominaram como agentes etiológicos durante os episódios infecciosos (52%). Isoladamente, a *Enterobacter* sps e o *S. epidermidis* foram responsáveis por 48% das infecções relacionadas ao cateter. Seis microorganismos (24%) foram resistentes aos antibióticos em uso durante o episódio infeccioso, sendo quatro bactérias Gram-negativas resistentes à ampicilina, e duas Gram-positivas resistentes à oxacilina.

RESUMO 158

RESERVATÓRIO VASCULAR PARA QUIMIOTERAPIA. EXPERIÊNCIA INICIAL

Raul Cutait, Marcelo Averbach, José Luiz Borges, Eduardo Carone e Paulo Correa

De novembro de 1983 a julho de 1987 foram colocados 23 reservatórios vasculares para quimioterapia em 22 pacientes, com idade variando de 8 a 74 anos. As indicações foram: linfoma em 6 pacientes, carcinoma de mama em 4, leucemia em 3, mieloma múltiplo em 2, e outras indicações em 7. O procedimento foi realizado sob anestesia geral em seis e sob anestesia local em 17. O catéter foi introduzido na veia cefálica em 15 casos, na veia jugular externa em 7 e na veia jugular interna em 1. As complicações observadas foram: infecção em 3 pacientes, trombose de veia subclávia em 2 pacientes e hematoma em 1. Houve a necessidade de retirada do reservatório em 3 casos e foi colocado novo reservatório em 1. Dezenove reservatórios apresentavam permeabilidade até a presente data ou até o óbito da paciente.

Aspectos técnicos serão comentados na apresentação.

RESUMO 159

O ENSINO DA CANCEROLOGIA NA AMÉRICA LATINA

Goes Jr., J.S., Goes J.C.S., Mesquita L, Costa R.R., Andrade J.C., Barbosa E.M., Nassif A.C. e D'Alessandro A.

Instituto Brasileiro de Controle do Câncer — São Paulo

Os principais fatores de diagnóstico, geralmente tardio, do Câncer em nosso meio decorrem da falta de conhecimento por parte da população como também do médico generalista ou médico

da família, que é o primeiro a entrar em contacto com os portadores de Câncer e que devem encaminhar estes casos ao Cancerologista para tratamento.

Daí a necessidade de se realizar o ensino médico de pré-graduação que deve ser conduzido de forma eficiente e objetiva, e de acordo com as possibilidades e recursos das escolas, sempre de forma multidisciplinar com a participação de especialistas voltados para a cancerologia. Pode ainda o ensino ser desenvolvido por "Comissões de Ensino" que congreguem a participação multidisciplinar mas sempre respeitando os objetivos dos conhecimentos básicos já referidos e de forma unificada. Após a graduação o ensino pode ser desenvolvido por Seminários, Discussões Anátomo-Clínicas, Cursos de Informação e atualização, desenvolvidos por Escolas, Sociedades Médicas ou Congressos de forma continuada.

O ideal é o curso de pós-graduação em oncologia ser integrado ao elenco das disciplinas aos cursos oficiais de Mestrado ou Doutorado que devem respeitar o aspecto multidisciplinar e programa previamente aprovado pelo Conselho de Ensino da Faculdade. Esses cursos têm carga horária definida e concedem, após aprovação, determinado número de créditos.

RESUMO 160

SISTEMATIZAÇÃO TÉCNICA DE INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL TOTALMENTE IMPLANTÁVEL COMO MEIO AUXILIAR NO TRATAMENTO DO CÂNCER

Dias M.B.C., Gonçalves E.L., Lopes A. e Gentil F.G.

Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente — SP

Levando em conta a necessidade e dificuldade de acesso venoso por tempo prolongado em determinadas situações clínicas, especialmente em pacientes cancerosos, algumas indústrias idealizaram sistemas que hoje são usados com sucesso para esta finalidade.

Os autores fazem considerações sobre os tipos de cateteres atualmente utilizados e descrevem a técnica operatória para a sua implantação e os cuidados para a sua manutenção.

RESUMO 161

ASPECTOS CRÍTICOS DA PREVENÇÃO DE CÂNCER GINECOLÓGICO NO MEIO RURAL E NAS PEQUENAS CIDADES DO INTERIOR

Marcelo dos Passos Galvão Filho, Urandi F., Riella da Fonseca, Fátima Trajano e Antonio Mangabeira França

Serviço de Oncologia da Sta. Casa de Misericórdia de Itabuna — Itabuna — Bahia

Nos países em desenvolvimento numerosos são os fatores negativos nas esferas sócio-econômicas e educacionais que interferem nas tentativas de prevenção do câncer ginecológico nas áreas rurais e pequenas cidades do interior. Os autores analisam o Sul do Estado da Bahia com uma população de cerca de 3 milhões de habitantes e 90.000km² e considerado integrante do Pólo Nordeste. No estudo de aproximadamente 1.500 casos de câncer genital feminino mais de 60% foram do colo uterino, sendo cerca de 70% enquadrados nos estádios III e IV. Além do mais foram levantados cerca de 100.000 citopatologias, realizadas no Sul da Bahia num período aproximadamente de 18 anos. Os autores concluem que o alto índice de analfabetismo, os péssimos hábitos de higiene, as grandes áreas demográficas e a deficiente situação econômica e social da população rural da região estudada são os responsáveis pelo alto índice de câncer do colo uterino.

RESUMO 162**PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE CÂNCER — JUNDIAÍ — SP****Camargo J.R.B.S., Dianin V.M.A. e Vieira C.G.P.**

Jundiaí (SP), cidade de 350.000 habitantes, cuja população predominante é de operários, lavradores descendentes de imigrantes italianos e uma faixa representada por migrantes. Em 1983 implantou-se o Programa de Prevenção de Câncer (P.P.C.) de Mamas, Colo do útero, Pele e Boca.

O Sistema de Saúde do Município é formado por uma rede básica, constituída de 18 Postos de atendimento primário, um Centro de Saúde Estadual, um Ambulatório Central do P.P.C. apoiados pela Fundação Oncocentro de São Paulo e um Hospital de base, com recursos para atendimento terciário. Durante o período de implantação foram desenvolvidos um treinamento do pessoal médico e paramédico ligado ao P.P.C. e um intenso trabalho educativo junto às comunidades da periferia, que tem tido continuidade, motivando uma demanda de clientes progressivamente maior.

O objetivo do trabalho é difundir que com recursos já existentes na rede pública de saúde do município, tem sido possível divulgar a importância da Prevenção do Câncer em áreas de fácil exame como colo uterino, mamas, pele e boca, possibilitando o tratamento de lesões pré-malignas ou o diagnóstico precoce de lesões malignas onde o tratamento conservador está indicado.

RESUMO 163**SAÚDE PÚBLICA: EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE AVARÉ****Prevenção do Câncer: Evangelista**

Análise de cerca de 3.000 pacientes submetidas a exame rotineiro de prevenção do câncer de pele, mamas e colo do útero, na cidade de Avaré — S.P.

É dado realce aos objetivos principais: Educação, Prevenção, Diagnóstico precoce.

Os resultados colhidos são apresentados e algumas sugestões são feitas visando uma real e objetiva prevenção e controle do câncer neste extenso país.

RESUMO 164**PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO SOFRIMENTO VASCULAR DOS RETALHOS CUTÂNEOS EM MASTECTOMIAS****Racso Yule Queiroz, José Antônio Ribeiro Filho, Fernando Miranda Henriques, Maurício Bezerra Cariello, Luiz Roberto Soares Lima e Deana Lopes Pompeu**

Os autores divulgam uma "classificação pessoal" de sofrimento vascular de retalhos cutâneos em mastectomias e apresentam sua experiência na prevenção e tratamento de tais alterações.

O presente trabalho foi realizado na Unidade de Mastologia do Hospital de Base do Distrito Federal.

RESUMO 165

PROGRAMA DE PREVENÇÃO E DETECÇÃO EM MASSA DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Goes Jr. J.S., Goes J.C.S., Mesquita L., Costa R.R., Andrade J.C., Barbosa E.M., Nassif A.C. e D'Alessandro A.

Instituto Brasileiro de Controle do Câncer — São Paulo

O Programa desenvolvido, em São Paulo, pelo Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC) e pela Fundação "Centro de Pesquisa de Oncologia" (ECPO), examinou 1.009.459 mulheres, realizando 1.397.939 exames citológicos, no período de 1970 a 1985 (dezembro). Foram detectados displasias, carcinomas "in situ" e invasivo em 15.673 dessas mulheres.

As porcentagens de diagnósticos citológicos falsos negativos e falsos positivos foram, respectivamente, 2,3% e 2,7%. Dentre os fatores epidemiológicos avaliados, mostraram-se significativamente os seguintes: idade, paridade, idade por ocasião do início da atividade sexual, da 1.^a gestação e da menarca, e escolaridade.

No Brasil, a incidência de carcinoma cervical é de 25,8% para "in situ" e 74,2% para invasivo (0,4 X 1). Neste programa, as porcentagens correspondentes foram 61,0% para carcinoma "in situ" e 39% para invasivo (1,6 X 1). Incluindo-se as displasias, as porcentagens são: no Brasil, 56,3% para displasias graves mais carcinomas "in situ" e 43,7% para carcinomas invasivos (1,3 X 1), e no programa desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Controle do Câncer e Fundação "Centro de Pesquisa de Oncologia", 83,2% e 16,8% (5 X 1) respectivamente.

RESUMO 166

MEDIASTINOSCOPIA CERVICAL EM CARCINOMA BRONCOGÊNICO, AVALIAÇÃO EM 46 PACIENTES

Roriz W., Toscano E., Torquato E., De Biasi S. e De Biasi P.

Os autores analisam 46 casos de pacientes portadores de câncer brônquico não pequenas células, com tumor maior do que 3cm, estudados no período de junho de 1983 a junho de 1985 e que foram submetidos a mediastinoscopia cervical. Em 38 pacientes em que o estudo radiológico do mediastino (RX simples e tomografia linear) foi normal, foi detectada invasão neoplásica dos linfonodos em 9 (23,6%). Em 8 pacientes, com estudo radiológico anormal, não havia invasão neoplásica do mediastino em 2 (25%). Foi também avaliada a incidência de adenomegalia não neoplásica na mediastinoscopia (55,9%) e na toracotomia (60,7%). Concluímos que: 1) o achado radiológico de adenomegalia mediastinal não deve ser justificativa para não submeter o paciente ao estadiamento cirúrgico; 2) a presença de linfonodos mediastinais no estudo radiológico não significa obrigatoriamente o seu comprometimento neoplásico.

RESUMO 167

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE PULMÃO

De Biasi P., Toscano E., Torquato E., De Biasi S. e Roriz W.

Serviço de tórax — Instituto Nacional de Câncer

Um total de 62 pacientes operados de câncer de pulmão no Instituto Nacional de Câncer, no período de 1979 a 1984, foram revistos. Cinquenta e três pacientes eram do sexo masculino e a

faixa etária de maior incidência do carcinoma foi dos 50 aos 70 anos. A neoplasia pulmonar foi o segundo tumor primário em 5 pacientes (8%). Foram realizadas 63 toracotomias, já que um dos pacientes apresentou dois tumores de tipos histológicos diferentes, com intervalo de dois anos. O carcinoma epidermóide foi o tipo histológico mais freqüente: 38 casos (60,4%), seguido do adenocarcinoma em 19 pacientes (30,2%) e o carcinoma indiferenciado de grandes células: 6 pacientes (9,4%). Não foram analisados os tumores indiferenciados de pequenas células. Realizamos 38 lobectomias incluindo três broncoplastias e oito toracotomias; onze toracotomias exploradoras, dez pneumectomias sendo cinco associadas à linfadenectomia mediastinal; três bilobectomias e uma segmentectomia. A mortalidade cirúrgica foi 7,9% (5 pacientes). A radioterapia foi empregada pós-operatoriamente nos casos em que existia disseminação linfática para o hilo ou mediastino e naqueles não ressecados. A sobrevida atuarial global foi de 37% aos 60 meses de evolução, mostrando resultados semelhantes para o carcinoma epidermóide e o adenocarcinoma. De acordo com o estadiamento obtivemos os seguintes resultados em relação à sobrevida aos 60 meses: estágio I e II-50%, estágio II-29%.

RESUMO 168

CARCINOMA BRONCOGÊNICO X MÚLTIPLAS NEOPLASIAS

João Moysés Freire de Campos, Silvana M.F. Lopes
Chefe do Serviço: José Rodrigues Pereira
Assistente do Serviço: Flora Kasumi Ikari

Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho, Serviço de Pneumologia, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Estudo retrospectivo de 1979 a 1987, envolvendo 623 casos de Carcinoma Broncogênico, selecionando-se os portadores de outra neoplasia, sincrônica ou metacrônica.

Identificados 57 casos, correspondendo a 9% do total, que foram distribuídos e estudados quanto ao sexo, idade, tempo de aparecimento e localização da segunda neoplasia e tabagismo.

Dos 57 casos, 36 (63%) foram do sexo masculino e 21 (37%) do feminino. Em ambos os sexos a faixa etária predominante foi a dos 61 a 70 anos, correspondendo a 50% dos homens e 40% das mulheres.

No sexo masculino 50% eram metacrônicos e 50% sincrônicos. No sexo feminino 63% dos casos eram metacrônicos e 37% sincrônicos. Os tumores sincrônicos perfizeram 44% do total e os metacrônicos 56%.

O hábito de fumar estava presente em 63% dos casos, destes, 47% tumores metacrônicos e 53% sincrônicos. Dos não tabagistas 71% apresentavam tumores metacrônicos e 29% sincrônicos.

O local de aparecimento do segundo tumor foi por ordem decrescente: pulmão (26%), cabeça e pescoço (24%), mama (12%), ovário (12%), estômago (5%), bexiga (3,5%), parótida (1,9%), tireóide (1,9%), pele (1,9%), e fígado (1,9%).

Na população tabagista a associação mais comum foi pulmão e cabeça em 39% dos casos.

RESUMO 169

TUMORES CARCINÓIDES DO PULMÃO: ASPECTOS CLÍNICO-CIRÚRGICOS

De Biasi P., Toscano E., Torquato E., Monastério F., Zamboni M. e Roriz W.

Serviço de Tórax — Instituto Nacional de Câncer — RJ

Os autores analisam a experiência do Instituto Nacional de Câncer no tratamento de 12 pacientes portadores de tumor do tipo carcinóide, primitivo do pulmão. Nove pacientes eram do sexo feminino. Foi observado comportamento maligno em apenas dois casos, um deles com o quadro completo de Síndrome carcinóide. A ressecção cirúrgica foi feita em 10 pacientes sendo seis lobectomias, duas bilobectomias, uma pneumectomia e uma ressecção em cunha. Ressecção em braçadeira associada à lobectomia foi executada em dois pacientes. Tratamento quimioterápico foi empregado em dois casos, tendo um deles evoluído para o óbito em três meses e outro permanece em controle com quatro anos de seguimento. A cirurgia foi considerada curativa em 10 pacientes, não havendo sinais de recidiva no grupo operado, cujo seguimento varia de cinco meses a cinco anos. Concluímos que os tumores carcinóides originários do pulmão geralmente tendem a permanecer localizados e que nestes a ressecção cirúrgica é curativa.

RESUMO 170

RESULTADO DA CIRURGIA DE CÂNCER AVANÇADO DO PULMÃO

Roriz W., Toscano E., Torquato E., De Biasi S. e De Biasi P.

Serviço de Tórax — Instituto Nacional de Câncer — RJ

No Serviço de Cirurgia Torácica do Instituto Nacional de Câncer — INCa — RJ, no período de janeiro de 1980 a dezembro de 1986, foram operados 22 pacientes com carcinoma broncogênico avançado, que foram divididos em 3 grupos: 1) Comprometimento da parede torácica; 2) Tumor de Pancoast com invasão de corpo vertebral; 3) Tumor residual microscópico no coto brônquico. Nos grupos 1 e 2 (17 pacientes) não observamos aumento de morbidade e da mortalidade pela associação da ressecção ampla da parede costal com a ressecção pulmonar. O tempo de sobrevivência pós-operatória é influenciado pela presença de doença residual na parede torácica, independente do uso de radioterapia complementar. Nestes 17 pacientes observamos que houve doença recorrente intratorácica em dois pacientes (11,7%), e a distância em seis pacientes (35,2%), e aparecimento de um segundo tumor primário extrapulmonar em dois pacientes (11,7%). Em cinco pacientes havia doença residual microscópica no coto brônquico. Todos foram submetidos a radioterapia pós-operatória (5.000 cGy). Neste grupo três pacientes estão vivos aos 7,18 e 51 meses de evolução, sem evidência de doença. Um paciente faleceu no 23.º mês pós-operatório sem evidência de doença e outro paciente no qual também permaneceu doença residual em corpo vertebral, faleceu no 17.º mês pós-operatório devido à progressão da doença.

RESUMO 171**SARCOMAS INTRATORÁDICOS — ANÁLISE DE SETE CASOS**

De Biasi S., Toscano E., Torquato E., De Biasi P., Zamboni M., Ribeiro C., Gonçalves C. e Roriz W.

Serviço de Tórax — Instituto Nacional de Câncer — RJ

Os autores tiveram a oportunidade de tratar sete pacientes portadores de tumores sarcomatosos do pulmão e do mediastino. Dentre esses, seis eram do pulmão, sendo três do tipo carcinossarcoma e os outros fibrossarcoma, linfangiossarcoma e condrossarcoma. Os quatro primeiros eram primitivos do pulmão e os dois últimos, metastáticos. O sétimo caso tratava-se de um rabdomiossarcoma embrionário de mediastino posterior. A idade dos pacientes variou dos quatro aos 52 anos. Todos os casos foram operados, com exceção do linfangiossarcoma. Aos dois anos da evolução quatro pacientes haviam evoluído para o óbito, os demais permanecendo em controle.

RESUMO 172**ANÁLISE DE 39 HEPATECTOMIAS REALIZADAS NO INCa.**

Odilon de Souza Filho, Jurandir Almeida Dias, Eduardo Linhares e Carlos Eduardo Pinto

Serviço Cir. Abdômino-pélvica do INCa., Instituto Nacional de Câncer — RJ

Os autores analisam 39 casos de tumores hepáticos, tratados no INCa. no período de 1953 a 1987 na seção de cirurgia abdômino-pélvica.

Realizamos 24 hepatectomias simples e 15 hepatectomias associadas a outras ressecções. O tumor hepático primário mais comum foi o carcinoma hepatocelular, 11 casos, e os metastáticos o adenocarcinoma gástrico em 9 casos. Tivemos 33,36 de complicações pós-operatórias e 20,0% de mortalidade pós-operatória, sendo as causas mais comuns a insuficiência hepática.

Analisamos as sobrevidas separadas dos tumores primários e os tumores metastáticos.

RESUMO 173**CIRURGIA RADICAL NO TRATAMENTO DO CÂNCER GÁSTRICO — RELATO DE 69 CASOS**

Wandemberg M. Barbosa, Luís C.S. e Ronaldo Costa

Os autores estudaram 69 casos de câncer gástrico operados no Serviço de Cirurgia Oncológica Geral do Hospital Umberto I (ex-Matarazzo) SP, entre 6/81 a 1/85. Foi empregado de acordo com cada caso, Cirurgia Radical ou Paliativa. Nas Cirurgias Radicais sempre procedemos esvaziamento das cadeias ganglionares do Tronco Cefálico, Hilo Hépató-Esplênico, Artéria Hepática e Retrocoledociano além dos subpilóricos. De acordo com o caso retirada da cauda do Pâncreas e Baço. Nas recidivas de boca anastomótica, foi efetuado Degastrectomia total e o esvaziamento ganglionar efetuado se as aderências de cirurgia prévia o permitissem. Em 45 pacientes operados, 18 (40%) apresentavam 1 gânglio Metastático; 13 (28%) mais de 3 gânglios comprometidos; 8 (15%) 1 gânglio; 3 (6%) com 2 gânglios; 3 (6%) com 3 gânglios. A mortalidade imediata em 49 cirurgias foi de 12% nos procedimentos radicais e de 10% para os procedimentos paliativos. O tipo de reconstrução empregada nas gastrectomias foi em "Y" de Roux e o esvaziamento ganglionar ao nosso ver, é de fundamental importância para o prognóstico desses pacientes.

RESUMO 174

ANASTOMOSE ESÔFAGO-JEJUNAL PÓS-GASTRECTOMIA TOTAL POR CÂNCER. NOVA TÉCNICA.

Alfredo Guarischi, Reinaldo Rondineli, Paulo Kanashiro, Fernando Bezerra e Eduardo J. Buarque

Hospital de Oncologia, INAMPS-RJ (Serviço de Cirurgia Oncológica) e Pro-Onco, CNCC-MS

Os autores apresentam técnica de reconstrução do trânsito esôfago-jejunal (EJ) pós-gastrectomia total por câncer, visando diminuir a incidência de fístula e estenose desta anastomose. Vários são os tipos de anastomose EJ, sendo a técnica descrita por Roscoe a que menor índice de fístula vem apresentando em nosso meio. Esta técnica utiliza o envelopamento da anastomose EJ com a serosa de jejuno. Quando realizada em Y de Roux deixa uma alça cega e quando feita no trânsito deixa longo segmento da alça aferente desfuncionalizado. O envelopamento duplo pelo jejuno contribui como fator de estenose além de dificultar a natural retração esofágica após a ressecção gástrica.

Um dos autores (AG) idealizou uma modificação em que a alça jejunal é anastomosada em Y de Roux ao esôfago, com proteção da serosa jejunal posteriormente e o mesentério anteriormente. Os 15cm distais da alça do Y são ressecados, junto a entrada de seu meso, deste modo permitindo que o mesmo gire e sirva de cobertura peritoneal a futura anastomose EJ. A anastomose EJ é feita em plano único em uma incisão transversa na face anterior do jejuno a 5cm proximalmente ao fechamento do cabo do Y. Completada a anastomose o jejuno excedente é suturado ao esôfago distal, fazendo deste modo uma proteção de toda a parede posterior da anastomose EJ, de modo semelhante à técnica de Roscoe. O meso livre do Y é então fixado à parede anterior da anastomose EJ. Esta técnica já foi utilizada em 6 pacientes, não tendo ocorrido óbito. Tivemos uma fístula da anastomose EJ que foi atribuída a erro técnico na execução da mesma (AG). Esta paciente era um caso de recidiva tumoral e a fístula fechou em duas semanas, sem reoperação e manuseada através de nutrição enteral (sonda nasojejunal deixada de rotina para alimentação precoce). Em um dos pacientes a anastomose foi intratorácica. Este estudo necessita ser continuado para uma melhor avaliação.

RESUMO 175

TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR DO ADENOCARCINOMA DO RETO

Eduardo J. Buarque, Alfredo Guarischi, Firmino Gomes, Osolando Machado e Marcos Polonia

Hospital de Oncologia, INAMPS-RJ (Serviço de Cirurgia Oncológica, Oncologia Clínica e Radioterapia)

A cirurgia permanece com o principal papel no tratamento do adenocarcinoma do reto. Tendo em vista que 25% a 50% dos óbitos decorrem de recidiva local do tumor e conseqüentes complicações loco-regionais, diversos grupos iniciaram protocolos utilizando a radioterapia como tratamento adjuvante na tentativa de melhor controle local. Apesar de alguns estudos randomizados não terem demonstrado uma vantagem estatisticamente significativa, diversos autores comprovaram uma redução acentuada na recidiva pélvica em pacientes portadores de adenocarcinoma do reto Dukes B e C, quando submetidos a radioterapia adjuvante ao tratamento cirúrgico.

No Hospital de Oncologia, INAMPS-RJ temos utilizado a radioterapia, na dose de 5000 rads, em média, em toda a pélvis, dados em 4 a 5 semanas, como tratamento adjuvante.

Os autores analisam 23 pacientes portadores de adenocarcinoma do reto, Dukes B e C, que foram submetidos a radioterapia (em 12 casos pré-operatoriamente e em 11 casos pós-operatoriamente). A indicação maior no grupo pré-operatório foi o tamanho e fixação do tumor.

Ocorreram três óbitos hospitalares no grupo submetido a radioterapia pré-operatória. Dos 23 pacientes 8 apresentaram recidiva (4 recidivas locais e em 4 outros metástases a distância). No momento utilizamos um protocolo comparando a radioterapia pós-operatória adjuvante isolada comparada com a radioterapia associada a quimioterapia (5-Fluorouracil em doses semanais de 1000mg/m²). A doença metastática é tratada com o esquema de 5 FU, em infusão contínua, na dose de 1000mg/m²/dia, por 5 dias associado ao Allopurinol (100mg, 3 x ao dia, iniciando um dia antes do 5 FU). O intervalo entre cada ciclo é de 3 semanas, sendo interrompido por progressão da doença. Em metade dos casos (randomizado) associa-se VM 26 (60mg/m²/dia-D1 a D3, EV).

RESUMO 176

ANÁLISE DOS RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER GÁSTRICO EM DOIS PERÍODOS

Abrão A., Cappelano R.S.L., Possik R.A., Pires D.R.R., Asai M. e Wohnrath D.R.

Instituto Central — Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente, São Paulo-SP

Os autores analisam a sobrevida de 452 pacientes portadores de adenocarcinoma gástrico matriculados no Departamento de Cirurgia Abdominal do Hospital A.C. Camargo e operados com finalidade radical.

Os resultados são apresentados de acordo com o estágio clínico e o número de linfonodos contaminados, verificando-se que os resultados declinam do E.C. I para o E.C. III e também com o número de linfonodos contaminados.

Fazem também um estudo comparativo dos resultados de tratamento em 2 períodos: 1953-1969 e, 1970-1980, demonstrando melhora nos índices de sobrevida no segundo período.

RESUMO 177

CÂNCER ANAL. CONSIDERAÇÕES SOBRE 97 CASOS

Gonçalves E.L., Lopes A., Dias M.B.C. e Gentil F.

Hospital A.C. Camargo da Fundação Antônio Prudente — São Paulo

Foram analisados retrospectivamente 97 casos de câncer anal (carcinoma epidermóide e cloacogênico) admitidos no Depto. Hospital A. C. Camargo, no período de 1953 a 1985. A incidência foi maior no sexo feminino (72 mulheres para 25 homens). Os pacientes foram distribuídos em 3 grupos: 1) ressecáveis, sem conservação do esfíncter (41 casos), os quais foram tratados com ressecção abdominoperineal, com mortalidade operatória de 9,7% e sobrevida a 3 anos de 60,6%; 2) lesões ressecáveis e passíveis de conservação do esfíncter (14 casos) que foram tratadas com radioterapia (Rxt) exclusiva ou com ressecção local seguido de Rxt mostrando bons resultados (somente um óbito pela doença); 3) lesões irressecáveis (14 casos), tratadas com Rxt, com resultados pobres, levando 85% dos pacientes ao óbito pela doença. Avaliando comparativamente dados da literatura, os autores discutem a posição atual da radioterapia no tratamento da doença.

RESUMO 178

RESSECÇÕES AMPLIADAS EM CÂNCER DOS CÓLONS. ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 78 CASOS.

Lopes A., Dias M.B.C., Gonçalves E.L. e Gentil F.C.

Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente

A ressecção ampliada ou ressecção múltipla em câncer cólon-retal é aquele tipo de cirurgia em que além da ressecção clássica para o órgão sede do tumor primário resseca-se parte ou totalidade de um ou mais órgãos ou estruturas que se julgar macroscopicamente envolvidas pelo tumor.

No período de 1953 a 1980, 78 pacientes com neoplasias malignas primitivas dos cólons foram submetidas à ressecção ampliada no Departamento de Cirurgia Pélvica do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente em São Paulo.

40 pacientes eram do sexo masculino enquanto que 38 eram do sexo feminino. A faixa etária predominante foi entre a 4.^a e 6.^a décadas com 51 casos (65,4%).

A localização do tumor primário foi: cólon esquerdo 35 casos (44,8%), cólon direito 30 casos (38,4%), cólon transverso 8 casos (10,2%) e tumores múltiplos 5 casos (6,4%). A cirurgia curativa foi feita em 58 pacientes (74,4%) e a cirurgia paliativa em 20 casos (25,6%). A sobrevivência dos nossos doentes a 5 anos nas cirurgias curativas foi de 37,5% e nas paliativas a sobrevivência média foi de 7 meses.

Em 57 pacientes foi realizado o estudo anátomo-patológico dos linfonodos da peça operatória, verificou-se que 33 pacientes tinham linfonodos negativos e 24 pacientes tinham comprometimento linfonodal.

Analizamos também as principais complicações pós-operatórias nas ressecções ampliadas com finalidade curativa.

RESUMO 179

ESVAZIAMENTO PÉLVICO POSTERIOR NO CÂNCER DO RETO E ÂNUS

Linhares E., Lima M.V., Correa J.H.S., Fiod N.J. e Dias J.A.

Instituto Nacional de Câncer — RJ

O esvaziamento pélvico posterior (E.P.P.) é uma cirurgia radical com indicação selecionada no Câncer do Reto e Ânus. Consiste na retirada da porção terminal do trato digestivo em monobloco com útero, anexos e parede posterior de vagina. Na análise retrospectiva do período de 1976 a 1981 levantamos 18 casos desta operação.

A idade mediana foi 57 anos e predominou a raça branca. A localização do tumor primitivo mais freqüente foi o canal anal e o tipo histológico foi o epidermóide. Todos tiveram a indicação de E.P.P. pela suspeita clínica de fixação ou invasão da vagina posterior. Esta invasão foi confirmada pelo exame histopatológico em 5 casos (27,7%). As complicações da cirurgia foram: transoperatórias (lesão ureteral: 1 caso); pós-operatória imediata (infecção da ferida perineal: 3 casos) e tardias (estenose de colostomia (3): incontinência urinária (1), fístula véscico-perineal (1). Houve 2 óbitos P.O. (sépsis e choque de origem cardiovascular).

Concluimos ser uma cirurgia de mortalidade (2/18=11%) e morbidade (8/18=44%) significativas devendo, portanto, ter indicação criteriosa. Ressaltamos também o grave problema da impossibilidade do coito após este tipo de operação.

RESUMO 180

TRATAMENTO CONSERVADOR — CÂNCER DO CANAL ANAL

José Humberto Simões Correa, Eduardo Linhares, Jurandir Dias, Antonio Tadeu Rodrigues, Roberto Gil e Erivaldo Amancio

Instituto Nacional de Câncer — RJ

De julho de 1982 a setembro de 1987, foram analisados 19 pacientes portadores de tumores de canal anal tratados no Instituto Nacional de Câncer, utilizando associação de radioterapia e quimioterapia, sendo 4 pacientes excluídos da análise final.

A quimioterapia utilizada foi Mitomicina C e 5 Fluoragil, e o tratamento pelas irradiações utilizou doses de 4.500 a 5.000 rads. em 25 frações, com reforço de 1.000 rads./5 frações a 2.000 rads/10 frações.

A taxa de controle loco-regional com o tratamento conservador foi de 60% (15/6 pacientes) com um período de seguimento mediano de 26 meses. Quando associada a cirurgia, esta taxa de controle foi de 93,3%.

A frequência e o tipo de complicações observadas foram equivalentes àquelas encontradas na literatura. Não houve óbitos conseqüentes ao tratamento.

RESUMO 181

QUIMIOTERAPIA ASSOCIADA À RADIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE METÁSTASES HEPÁTICAS EM CARCINOMA COLO-RETAL

Gansi R., Simon S., Katz A., Silva J.H., Sousa Jr. A.H.S., Cutait R., Nadalin W., Habr-Gama A. e Pinotti H.W.

De dezembro de 1984 até maio de 1987 foram tratados 15 pacientes (11 homens, 4 mulheres, idade média 52 anos) portadores de metástases hepáticas de adenocarcinoma colo-retal, já previamente operados do tumor primário.

O tratamento foi radioterapia na dose de 3000 rads dados em quatro semanas (150 rads p/dia) no leito hepático e quimioterapia com Methotrexate 30mg/m² EV dia 1º, 5-Fluorouracil 400mg/m² EV dia 2º cada 3 semanas.

Foi adotado como doença mensurável o CEA, EX. físico, ultra-sonografia e/ou CTSCAN. Os critérios de resposta foram os clássicos, resposta completa (RC), havendo o desaparecimento completo do tumor; resposta parcial (RP) havendo 50% de redução do tumor, doença estável (DE) e doença progressiva (DP) havendo progressão da doença.

O tratamento foi bem tolerado sem ter sido observada nenhuma toxicidade clínica ou bioquímica. Um paciente teve contagem de glóbulos brancos de 1200/mm³ sem evidência de infecção. O seguimento médio foi de 10 meses, sendo que apenas 2 pacientes ainda estão vivos. Nenhum paciente teve resposta completa, 4 pacientes com RP, 4 pacientes com DE, 7 pacientes com DP.

Estes dados preliminares sugerem que este protocolo utilizado foi bem tolerado e eficaz em carcinoma colo-retal com metástases hepáticas, contudo, um maior número de pacientes são necessários estudar em trabalho prospectivo e randomizado a fim de comprovar se é mais eficaz que 5-Fluorouracil usado isoladamente.

RESUMO 182

LEIOMIOSSARCOMA DO TUBO DIGESTIVO: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 7 CASOS

Solange Bizzo, Fernando Bezerra, Reinaldo Rondineli, Alfredo Guarischi, Regina Medeiros, Eduardo J. Buarque, Paulo Kanashiro e Fernando Mello

Hospital de Oncologia, INAMPS-RJ (Serviço de Cirurgia Oncológica) e Pró-Onco, CNCC-MS

Os autores discutem 7 casos de leiomiossarcoma do tubo digestivo registrados no Hospital de Oncologia, INAMPS-RJ, no período de 1979 a 1987. A cirurgia foi realizada em todos os casos. Dois casos ocorreram em pacientes do sexo masculino. A idade média de toda a série foi de 42 anos, variando de 22 a 68 anos. Em nosso Serviço não são tratados pacientes pediátricos. O estômago estava envolvido em dois casos, o intestino delgado em três casos, o intestino grosso em um caso e o reto em um caso. As principais manifestações clínicas foram: massa abdominal e alteração do hábito intestinal. A demora de procurar serviço médico especializado ocorreu na maioria dos casos. A abordagem inicial fora do hospital especializado em algumas ocasiões foi bastante diferente da programação definitiva.

A cirurgia radical foi possível em apenas um caso, em que havia doença localizada. Cirurgia paliativa, muitas das vezes alargada, foi realizada nos demais casos por impossibilidade técnica de se conseguir radicalidade ou pela extensão local ou doença disseminada.

A sobrevida média foi de 12 meses para os casos avançados. Um paciente, no qual foi possível a cirurgia radical, está assintomático, em controle ambulatorial há 5 anos.

Os autores discutem a tática cirúrgica adotada e opções de tratamento complementar. Revisão da literatura é discutida.

RESUMO 183

ULTRA-SONOGRAFIA NOS TUMORES MALIGNOS PRIMÁRIOS E METASTÁTICOS DA VESÍCULA BILIAR — ESTUDO DE 48 CASOS

Schmillevitch J., Gorski A.C., Mucher M., Serson D., Frider B. e Corti O.

Hospital A.C. Camargo — FAP — SP, Hospital Umberto Primo — SP

Os autores apresentam os resultados obtidos com a ultra-sonografia em 42 casos de tumores malignos primários e 6 casos de tumores malignos metastáticos da vesícula biliar.

Os 42 casos de tumores malignos foram obtidos através de trabalho conjunto com três centros médicos da Argentina. Os autores classificam os padrões ecográficos encontrados em 5 tipos. O acerto do método no diagnóstico foi de 79,2%. O método foi limitado no estadiamento.

Os 6 casos de tumores malignos metastáticos foram diagnosticados acidentalmente durante a avaliação do abdome em pacientes portadores de câncer. Dois casos foram de melanoma maligno e os restantes de neoplasias diversas.

Os aspectos ecográficos encontrados foram diferentes dos tumores malignos primários.

RESUMO 184

TRATAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO COM QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA DO CÂNCER ESOFÁGICO

Alexander Welaussen Daudt e Luiz Antonio Bruno

De janeiro a agosto de 1985 foram tratados 5 pacientes com carcinoma epidermóide do esôfago (terço médio e distal) com quimioterapia sistêmica e radioterapia pré-operatória. Foram

selecionados aqueles pacientes em bom estado geral e nutricional e sem evidência clínica ou laboratorial de metástases a distância. As drogas empregadas foram o Cis-Platinum e o 5-Fluorouracil. A dose de radioterapia administrada foi de 3200 rads, durante 15 dias a partir do 1.º dia de quimioterapia. Três a quatro semanas após o tratamento de indução, os pacientes foram reavaliados com vistas a esofagectomia ou complementação com radioterapia até doses de 6500 rads nos casos em que a cirurgia não foi realizada. Até o momento, com acompanhamento de 2,5 anos, ocorreram 3 óbitos, um por insuficiência ventilatória após talcagem de derrame pleural neoplásico, um segundo por embolia pulmonar no pós-operatório imediato de esofagectomia e o terceiro de causa não identificada. Dois pacientes permanecem vivos e livres de doença, exatamente os casos que submetidos a esofagectomia não apresentavam doença residual ao exame anátomo-patológico. Referência Bibliográfica Leichman L. et alii: Combined preoperative chemotherapy and radiation therapy for cancer of the esophagus: The Wayne State University, Southwest Oncology Group and Radiation Therapy Oncology Group experience. *Seminars in Oncology* vol. XI, (2). 178 e 185, 1984.

RESUMO 185

ESTUDO RANDOMIZADO COMPARANDO 2000 RADS/5F VERSUS 5000 RADS/25F PRÉ-OPERATÓRIO NOS ADENOCARCINOMAS DO RETO

Antonio Tadeu Rodrigues e José Humberto Simões

Serviços de Radioterapia e Cirurgia Abdômino-Pélvica do Instituto Nacional de Câncer — Rio de Janeiro — RJ

No período de janeiro de 1984 a julho de 1986, 29 pacientes (pts), portadores de adenocarcinoma de reto, sem evidência clínica e laboratorial de metástase a distância foram randomizados para receber radioterapia (RXT pré-operatória, com doses de 2000 rads/5F (GRUPO A) e 5000 rads/25F (GRUPO B).

Quinze pts eram do sexo masculino e 14 pts eram do sexo feminino. A idade mínima foi de 26 anos e a idade máxima foi de 72 anos e a mediana de 53 anos. Quinze pts eram do Grupo A e quatorze pts eram do Grupo B. A localização da lesão em terço inferior do reto ocorreu em 44,8% da série.

Dos pts operados, 20 foram com intuito curativo, 5 com intuito paliativo e 4 pts se recusaram a cirurgia após terem apresentado melhora clínica importante com o uso da RXT pré-operatória. Dos pacientes submetidos a cirurgia com intuito paliativo, 3 decorreram devido a presença de metástase hepática não detectada clínica e laboratorialmente e os outros 2 em decorrência de doença localmente avançada.

Ressecção abdômino-perineal foi a cirurgia realizada com maior freqüência em ambos os grupos, seguido de ressecção anterior.

No estudo histopatológico das peças cirúrgicas o comprometimento da parede do órgão foi semelhante para ambos os grupos não havendo também diferença no estudo do comprometimento linfático regional para ambos os grupos.

As complicações actínicas agudas e as complicações cirúrgicas foram mais acentuadas para os pacientes do Grupo B.

RESUMO 186

TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR DO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DO CANAL ANAL

Eduardo J. Buarque, Solange Bizzo, Alfredo Guarischi, Lury Tanabe, Firmino Gomes, Osolando Machado e Marcos Polonia

Hospital de Oncologia, INAMPS — RJ (Serviço de Cirurgia Oncológica, Oncologia Clínica e Radioterapia)

A abordagem no tratamento do carcinoma epidermóide do canal anal (CECA) vem sendo modificada radicalmente nos últimos dez anos. A amputação abdômino-perineal cuja sobrevida em cinco anos varia entre 40% a 60%, tem sido substituída com vantagem pela radioterapia (RXT) isolada ou em associação com a quimioterapia (QT). Existe uma certa dificuldade em se comparar os resultados obtidos no tratamento do CECA pela relativa raridade deste tumor, pelos diferentes esquemas de RXT empregados, pela falta de um estadiamento uniforme e pela não comparação dos resultados estágio por estágio. A RXT isolada tem obtido controle local em mais de 60% dos pacientes, com uma sobrevida de 5 anos igual ou superior ao tratamento cirúrgico radical. Desde 1974 a associação de QT e RXT tem sido utilizada no sentido de aumentar o controle local. Os resultados têm sido animadores.

Os autores apresentam a experiência com o tratamento desta patologia no Hospital de Oncologia, INAMPS-RJ.

O tratamento radioterápico exclusivo foi realizado em treze pacientes com regressão completa em 54% dos casos. A partir de 1985 iniciamos um estudo piloto com QT pré-radioterapia visando a diminuir a lesão a ser irradiada e ter um parâmetro de resposta para o uso da QT numa possível progressão da doença. O esquema de QT foi o MOBE (MTX = 25mg/m², D 1 e D 8; VCR = 1mg/m² no D 15; BLEO = 2,5mg/m² do D 1 ao D 8; CTX = 400mg/m² no D 1 e D 8; BLEO = 15mg no D 15). Três ciclos de quimioterapia são administrados e em seguida é iniciado a RXT, na dose de 6000 rads na região do canal anal e parte da pélvis. Dez pacientes foram tratados com esta sistematização e houve resposta objetiva à QT em 70% dos casos (redução acima de 50% do tumor). Ao término da RXT houve regressão completa em 5 casos. Os 5 outros necessitaram cirurgia radical complementar.

RESUMO 187

TUMORES DA CÁRDIA

Odilon de Souza Filho, Jurandir Almeida Dias, Eduardo Linhares e José Humberto Simões Correia

Serviço Cirurgia Abdômino-Pélvica do Instituto Nacional de Câncer — RJ

De agosto de 1983 a agosto de 1987, realizamos na seção de cirurgia abdômino-pélvica do INCa., 29 ressecções para o tratamento do adenocarcinoma da cárdia. Realizamos 5 esofagectomia distal com gastrectomia proximal, 12 esofagectomia distal com gastrectomia total, 21 esofagectomia total e gastrectomia proximal e 1 esofagectomia total com gastrectomia total. Quanto à reconstrução, preferimos a reconstrução em Y de Roux para as duas primeiras técnicas, tubo gástrico de grande curvatura com anastomose esofagogástrica cervical em dois tempos e o transplante de jejuno com microcirurgia para a última técnica.

Tivemos 44,8% e 10,36% respectivamente para as complicações e mortalidades pós-operatórias, sendo a etiologia pulmonar a mais freqüente.

Quanto a estadiamento cirúrgico: 4 casos Ia, 1 caso Ib, 4 casos II, 11 casos IIIa e 9 casos IIIb.

A sobrevida média para os pacientes submetidos a gastrectomia total foi de 18 meses, 12 casos com 4 complicações pós-operatória e 1 mortalidade pós-operatória. A esofagectomia total e

gastrectomia proximal, a sobrevida média foi de 24 meses, 11 casos, 6 complicações pós-operatória e 2 mortalidades pós-operatória. Analisamos a sobrevida quanto a estadiamento. Acreditamos que a esofagectomia total + gastrectomia proximal + linfadenectomia mediastinal e de tronco celiaco + pancreatectomia e esplenectomia a melhor indicação para os tumores da cárdia.

RESUMO 188

QUIMIOTERAPIA HEPÁTICA INTRA-ARTERIAL COM CATETERES VALVULADOS DE LONGA PERMANÊNCIA: INDICAÇÃO, TÉCNICA DE IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE RESPOSTA

Marcos Pires e Albuquerque e João Augusto Saraiva

Centro de Oncologia Memorial Ary Frauzino, Rio de Janeiro

O desenvolvimento de cateteres valvulados de longa permanência no Brasil permitiu iniciarmos tratamentos quimioterápicos intra-arteriais com baixo custo operacional. No caso específico das lesões hepáticas primitivas e metastáticas, impossíveis de uma conduta resseccionista, já iniciamos protocolos de cateterismo da artéria hepática através de laparotomia. Apesar de estarmos ainda numa fase inicial onde não foi possível obter um número de casos suficiente para análise estatística dos resultados, os autores mostrarão as indicações desta modalidade de tratamento, a técnica de implantação, manipulação e manutenção dos cateteres, assim como os critérios utilizados para avaliação de resposta, expondo também as bases terapêuticas do protocolo em andamento.

RESUMO 189

CARCINOMA DO CANAL ANAL

Fuzioka A.K., Novaes Pers e Peres O.

É feita uma análise retrospectiva de 77 pacientes portadores de carcinomas primários do canal anal matriculados no Hospital A.C. Camargo no período de 1.01.60 a 1.01.80.

Em 27 pacientes foi utilizado tratamento radioterápico, sendo 5 submetidos a radioterapia exclusiva, 14 a associação radiocirúrgica e 4 a associação cirúrgica-radioterapia-quimioterapia.

A faixa etária variou dos 35 a 76 anos com predominância do sexo feminino na proporção 3:1.

Carcinoma espino-celular foi o tipo histológico mais freqüente em 25 dos 27 pacientes.

Quatro pacientes são excluídos da análise por terem sido tratados com intenção paliativa.

Dos pacientes submetidos a tratamento radiocirúrgico 3 receberam radioterapia pós-operatória e 11 radioterapia pré-operatória. Os pacientes submetidos a irradiação após amputação abdômino-perineal mostraram controle da doença e sobrevida mínima de 28 meses.

Os casos irradiados no pré-operatório eram em sua maioria representados por pacientes com lesões extensas não havendo nenhum sobrevivente após 40 meses.

Os pacientes submetidos a radioterapia exclusiva receberam dose mínima de 5000 rads através da radioterapia externa e/ou braquiterapia.

Três pacientes com lesões limitadas à parede anal tiveram controle da enfermidade com preservação da função anal e sobrevida superior a 5 anos.

RESUMO 190

TRATAMENTO DO CÂNCER ANAL

Habr-Gama A., Gansi R., Katz A., Simon S., Nadalin W., Silva J.H., Sousa Jr. A.H.S. Cutait R. e Pinotti H.W.

Sessenta pacientes com câncer da margem e do canal anal, comprovado por biópsia, foram tratados entre 1963 e 1987 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e na clínica privada de um dos autores (AHG). O tipo histológico era epidermóide em 58 e adenocarcinoma em 2; era do tipo plano em 42, cloacogênico em 12, de células basais em 4. Onze estavam localizados na margem anal e 49 no canal anal.

O tratamento do câncer de margem anal foi ampla excisão local em 6; excisão local e radioterapia (Rdt) em 2; Rdt exclusivamente em 2 e amputação de reto em um caso.

O câncer de canal anal foi tratado por excisão local em um caso; colostomia exclusivamente em um caso; colostomia e Rdt em dois casos; Rdt exclusivamente em 4 casos; amputação de reto e Rdt em 8 casos; amputação de reto exclusivamente em 11 e quimioterapia (QT) e Rdt combinadas em 22. Devido ao elevado número de casos com necessidade de amputação de reto após QT e Rdt pelo esquema de Nigro e cols. foi ampliada a Rdt de 30 para 45Gy nos últimos 15 casos, subgrupo em que somente dois pacientes foram submetidos à amputação de reto.

RESUMO 191

AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO RADIOTERÁPICO EXCLUSIVO NO CARCINOMA EPIDERMÓIDE DO ESÔFAGO

Eduardo J. Buarque, Paulo Kanashiro, Alfredo Guarischi, Reinaldo Rondineli, Fernando Mello, Fernando Bezerra, Osolando Machado e Marcos Polonia

Hospital de Oncologia, INAMPS-RJ, Serviço de Cirurgia Oncológica e Radioterápica e Pro-Onc, CNCC-MS

A ressecção cirúrgica do câncer de esôfago é até o momento a melhor opção de tratamento, principalmente pelo fato de proporcionar palição efetiva para a disfagia. Os resultados obtidos com o tratamento radioterápico exclusivo (XRTE) são de difícil avaliação pelo fato deste tratamento em grande número de casos ser reservado para pacientes com doença avançada ou sem condições cirúrgicas. A sobrevida média varia de 7 a 12 meses, a sobrevida em 2 anos varia de 8 a 28% e a sobrevida em 5 anos é de 1 a 10%, compilando-se várias séries, mas em que a avaliação por estágio da doença fica de difícil comparação. A melhora da disfagia ocorre em cerca de 50% dos casos e geralmente começa após duas semanas de tratamento com a XRTE, com duração desta melhora em média por 2 a 3 meses. Cerca de um terço dos pacientes permanecem com melhora da disfagia até a ocasião do óbito. As doses usuais da XRTE variam, quando utilizado como tratamento exclusivo, entre 5000 a 65000 rads dados em 4 a 7 semanas.

No Hospital de Oncologia pudemos fazer a análise de 80 pacientes tratados no período de 1980 a 1985 por XRTE, utilizando-se de um Acelerador Linear de 6 MeV ou de Telecobaltoterapia (Co 60). As doses variaram entre 4000 a 7000 rads. A maioria dos pacientes eram estágio avançado (T3). A sobrevida mediana foi menor que um ano e uma resposta subjetiva relacionada a melhora da disfagia em metade dos casos.

Estes resultados motivaram uma avaliação crítica da programação terapêutica destes pacientes. Fatores sociais graves assim como um mau entendimento sobre real significado da melhora subjetiva levaram a proposta de mudança da estratégia terapêutica a ser futuramente utilizada. A opção de cirurgia paliativa é discutida.

RESUMO 192**TRINTA E DUAS HEPATECTOMIAS EM TUMORES METASTÁTICOS**

Odilon de Souza Filho, Jurandir Almeida Dias, Eduardo Linhares e José Humberto Simões

Serviço de Cirurgia Abdômino-pélvica do Instituto Nacional de Câncer — RJ

Apresentamos a análise de 32 hepatectomias realizadas em tumores metastáticos. Realizamos 6 hepatectomias diversas simples, 3 hepatectomias esquerda simples; 23 hepatectomias associadas a outras ressecções. Quanto ao tipo histológico, tivemos 11 casos de adenocarcinomas gástricos, 8 casos de adenocarcinoma colo-retal, 8 casos de adenocarcinoma de vesícula e 1 caso de cada um dos seguintes: adenocarcinoma de mama, melanoma de coróide e leiomiossarcoma de duodeno.

Numa complicação pós-operatória chegou a 40,6% com 31,2% de mortalidade operatória. A sobrevida média dos tumores gástricos, colo-retal e de vesícula foi de 510 dias, 365 dias e 316 dias respectivamente.

Concluimos que cada vez mais aceitamos tal procedimento como mandatório como terapêutica acrescentando uma maior e melhor sobrevida se compararmos a evolução e sobrevida dos pacientes operados.

RESUMO 193**AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA MULTIDISCIPLINAR DO CÂNCER DE CÔLON E RETO**

Eriberto de Queiroz Marques, Luiz Alberto Alves Mota, Maria Aparecida Coelho, Eliane de Oliveira Trigueiro, Karina Calipe Mota e Keyla Maria Pereira Camargo

Os autores estudaram no período de 15 anos 70 pacientes portadores de câncer de cólon e reto. Encontraram uma incidência relativamente pequena. Em nossa região em relação com outras patologias que são predominantemente elevadas em nosso meio.

Apresentam ainda como se desenvolveu a terapêutica para com estes pacientes que na maioria das vezes eram doença avançada no momento do diagnóstico ou nas recidivas, portanto se idealizou uma terapêutica com poliquimioterapia tendo com isto os autores conseguido um aumento e melhor qualidade de sobrevida.

RESUMO 194**ESTUDO RETROSPECTIVO DA TUNELIZAÇÃO CIRÚRGICA E TRANSPOSIÇÃO RETROESTERNAL DE CÔLON ESQUERDO NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE ESÔFAGO IRRESSECÁVEL**

Suzuki N.C., Cavalli A.C.G., Kluthcovsky F.A., Martins M.P. e Saad M.L.

Hospital Nossa Senhora das Graças, Universidade Federal do Paraná

Desde que o câncer de esôfago apresenta suas manifestações clínicas iniciais em fase tardia da sua evolução, resta, na maioria dos casos, a possibilidade de tratamento paliativo. Diante desta realidade, os autores fazem uma análise retrospectiva de 26 casos de câncer irressecável de esôfago tratados ora por tunelização cirúrgica, ora por transposição retroesternal de cólon esquerdo, pelo serviço de Oncologia do Hospital Nossa Senhora das Graças. Foram enfocadas complicações e aspectos inerentes a cada procedimento.

RESUMO 195

CÂNCER DE VESÍCULA BILIAR: ESTUDO DE NOVE CASOS

Luiz Gonzaga Porto Pinheiro, Juarez Alves Sampaio, Paulo Ferdinando Melo Oliveira e Fernando Xavier Nascimento

Instituto do Câncer do Ceará, Hospital Batista Memorial

Estudam-se nove casos de neoplasia da vesícula, diagnosticados entre 183 explorações cirúrgicas do trato biliar: Os pacientes portadores de neoplasias são todos do sexo feminino com idade entre 50 e 70 anos; em somente um caso a exploração cirúrgica pressupunha o diagnóstico de tumor de vesícula, por achados da ultra-sonografia. Encontrou-se litíase biliar associada em todos os casos. Em dois pacientes a neoplasia de vesícula surgiu como segundo câncer.

A conduta foi: laparoscopia com biópsia (2 casos), colecistectomia simples (5 casos), colecistectomia incluindo o leito da vesícula (1 caso), colecistectomia associada a segmentectomia hepática e esvaziamento do hilo (1 caso).

Não se observou óbito operatório; a sobrevida média dos pacientes foi de seis meses. O material estudado inclui pacientes tratados no Hospital Batista de Fortaleza no período de 1970 a 1978.

Não foram utilizados Radioterapia ou Quimioterapia na programação terapêutica.

RESUMO 196

ATUAIS TENDÊNCIAS NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DO ESÔFAGO TORÁCICO: OS PROBLEMAS DA RECONSTRUÇÃO.

Joaquim Branco, Almir Couto, Adilson Lima, Christine Miranda e Paulo Couto

Hospital do Câncer de Pernambuco

A reconstrução da continuidade do tubo digestivo após esofagectomia é obtida, pela maioria dos cirurgiões, com a utilização do estômago tubulizado. A fácil mobilização da víscera, o respeito à fisiologia do trânsito e maior radicalidade oncológica são as vantagens deste método.

Numerosos métodos alternativos que prevêm a utilização do jejuno e do cólon são propostos e analisados.

Os autores examinam as vantagens e inconvenientes à luz da mais recente literatura.

RESUMO 197

RECIDIVA LOCO-REGIONAL NO ADENOCARCINOMA GÁSTRICO. APRESENTAÇÃO DE 10 CASOS E REVISÃO DA LITERATURA

Alfredo Guarischi, Fernando Mello, Eduardo J. Buarque, Reinaldo Rondineli, Fernando Bezerra, Paulo Kanashiro, Solange Bizzo e Regina Medeiros

Hospital de Oncologia INAMPS-RJ (Serviço de Cirurgia Oncológica) e Pro-Onco, CNCC-MS

Os autores apresentam revisão da literatura e discutem dez pacientes portadores de adenocarcinoma gástrico avançado (ADGA) operados e que apresentaram recidiva loco-regional (LR) 12 a 54 meses após cirurgia radical inicial. Em todos os casos a patologia inicial mostrava ser T4 ou N2/N3 ou ambos. A recidiva LR foi no coto gástrico, gânglios linfáticos ou na área de ressecção (leito gástrico). O diagnóstico foi feito após 19 meses (mediano) da cirurgia inicial. Notamos, no entanto, uma tendência bimodal com um padrão de recidiva maior nos 12 primeiros

meses e em seguida após 24 meses. Nove pacientes foram reoperados, só sendo possível a ressecção em 4 casos, mesmo assim de modo não radical em três destes casos. A mortalidade hospitalar neste grupo de pacientes reoperados foi de três casos.

Apesar da natureza retrospectiva e do número reduzido dos casos este estudo vai de acordo com a literatura. O ADGA, estágio III e IV (AJCC, 1983), mesmo quando é possível ressecar "radicalmente" e com vistas à cura, é ainda alto o índice de recidiva LR. Na série de 125 casos do Memorial, NY, em que a "cura" cirúrgica foi imaginada, mais da metade dos pacientes faleceu diretamente do tumor gástrico, sendo que 48% dos pacientes apresentavam recidiva peritoneal documentada. A cirurgia com linfadenectomia radical nestes estágios avançados não permite, isoladamente, uma completa esterilização LR. É necessário promover estudos de tratamento complementar na cirurgia visando tentar diminuir a recidiva LR, fator importante na história natural deste tumor. Os autores discutem estratégias que poderiam minorar este problema de difícil solução.

RESUMO 198

PROPOSTA DE ESTUDO PROSPECTIVO NO TRATAMENTO COMBINADO DE CIRURGIA, QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA E RADIOTERAPIA NO ADENOCARCINOMA GÁSTRICO NO ESTÁGIO III E IV RESSECADO

Alfredo Guarischi, Eduardo J. Buarque, Solange Bizzo, Reinaldo Rondineli, Fernando Bezerra, Osolando Machado, Marcos Polonia, Firmino Gomes e Jorge H. Mattos

Hospital de Oncologia, INAMPS-RJ (Serviço de Cirurgia Oncológica, Radioterapia, Oncologia Clínica e Anatomia Patológica) e Pro-Onco, CNCC-MS

Os autores discutem propostas de estudo, fase II, prospectivo, não randomizado, visando verificar o papel da radioterapia externa (XRTE) e quimioterapia sistêmica (QTS) pós-operatória no adenocarcinoma gástrico (ADG) avançado porém ressecado e sem doença macroscópica residual. A análise da sobrevida total e o intervalo livre de doença são os objetivos finais deste protocolo.

Os pacientes serão tratados com XRTE após a 4.^a semana pós-operatória (4500 a 5000 rads em 4 a 6 semanas) nas áreas abdominais de risco que foram clipadas na cirurgia com linfadenectomia padronizada realizada como tratamento inicial. Proteção hepática e renal parcial é realizada durante a XRTE. A QTS será iniciada no D1 da XRTE com o 5-Fluorouracil (5 FU) na dose de 500mg/m²/dia, durante quatro dias em infusão contínua. O segundo ciclo da QST será iniciado na última semana da XRTE. O Dipiridamol na dose de 10mgEV, 3 x ao dia, iniciando-se um dia antes e terminando dois dias após a QTS, será também utilizado visando potencializar a ação do 5 FU e da XRTE.

Os critérios de elegibilidade são discutidos, assim como a avaliação pós-tratamento, progressão e recidiva de doença, critérios de toxicidade, violação de protocolo e considerações estatísticas.

Revisão da literatura e dados iniciais serão apresentados.

RESUMO 199

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DO RETO ALTO: APRESENTAÇÃO DE UM CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Alfredo Guarischi, Reinaldo Rondineli, Heitor Paiva, Onofre Castro e José L. Fuzer

Hospital de Oncologia, INAMPS-RJ (Serviço de Cirurgia Oncológica), Pro-Onco, CNCC-MS, Hospital São Lucas-RJ, INCa-RJ, Clínica São Carlos-RJ

Os autores apresentam um caso de carcinoma epidermóide (CAE) do reto alto e fazem a revisão desta patologia bastante rara.

Trata-se do caso de uma mulher de 61 anos que procurou médico com sangramento retal. A retoscopia mostrou lesão ulcerada a 12cm da margem anal. A biopsia (repetida) mostrou tratar-se de CAE em topografia bastante atípica. Na história patológica progressiva havia sido operada de melanoma, Clark IV, da região escapular direita (ressecção ampla com rotação de retalho cutâneo, as bordas estavam livres de neoplasia) três meses antes. Após re-estagiamento foi submetida a esvaziamento pélvico ganglionar, pan-histerectomia e ressecção anterior do reto com anastomose término-terminal. A patologia revelou CAE pouco diferenciado, com invasão da gordura peri-retal e gânglios positivos. A técnica da imunoperoxidase indireta foi positiva para ceratina de baixo peso molecular. Foi tratada pós-operatoriamente com 6000 rads em seis semanas, em Acelerador Linear de 4 MeV, nas áreas de risco e pélvis, um mês após a cirurgia. Síndrome de compressão do nervo obturador que apresentava pré-operatoriamente desapareceu. Quatro meses após a ressecção do reto apresentou metástase ganglionar para a axila direita. Submetida a esvaziamento axilar. A patologia revelou tratar-se de melanoma metastático para quatro de dezesseis gânglios isolados. A revisão médica recente, assim como mapeamento tomográfico, ultra-sonografia, cintilografia e radiologia convencional não demonstrou até o momento sinais de recidiva do melanoma ou do CAE decorridos onze meses do diagnóstico da primeira neoplasia.

O diagnóstico diferencial do CAE com melanoma metastático é discutido. A importância da técnica de imunoperoxidase e as futuras opções são também analisadas.

RESUMO 200

PROPOSTA DE ESTUDO PROSPECTIVO RANDOMIZADO NO TRATAMENTO COMBINADO DE CIRURGIA, QUIMIOTERAPIA SISTÊMICA E RADIOTERAPIA NO ADENOCARCINOMA GÁSTRICO ESTÁDIO III E IV COM DOENÇA MACROSCÓPICA RESIDUAL

Alfredo Guarischi, Eduardo J. Buarque, Reinaldo Rondineli, Solange Bizzo, Osolando Machado, Marcos Polonia, Firmino Gomes, Luis A. Araújo e Fernando Mello

Hospital de Oncologia, INAMPS — RJ (Serviço de Cirurgia Oncológica, Oncologia clínica, Radioterapia) e Pro-Onco, CNCC — MS

Os autores apresentam proposta de estudo visando verificar o papel da radioterapia externa (XRTE) e quimioterapia sistêmica (QTS) pós-operatória (PO) no adenocarcinoma gástrico (ADG) avançado, ressecado parcialmente ou não, em relação à sobrevida total e qualidade de vida. Os pacientes serão randomizados em 3 grupos após estratificação: ressecados versus não ressecados; metástase hepática (MH) versus fígado livre (FL). O grupo I será tratado com XRTE após a 4.^a semana (PO) (4500 a 5000 rads em 4 a 6 semanas) nas áreas abdominais de doença residual e clipadas durante a cirurgia (MH também receberão até 2000 rads sobre o fígado). A QTS com 5-Fluorouracil (5FU) será iniciada no D1 da XRTE por 4 dias (500mg/m²/dia em infusão contínua) mais Allopurinol (AL) na dose de 100mg VO, 3 x dia, iniciando um dia antes e até o término da QTS. Este esquema será repetido na última semana da XRTE e a cada 4 semanas até o paciente apresentar sinais de progressão da doença ou toxicidade grave que impeça a continuidade do tratamento. O grupo II deverá ser submetido somente a QTS com início na 4.^a semana PO e em ciclos a cada 4 semanas. O AL será também utilizado na mesma dose do grupo I. Ao surgirem sinais de progressão ou toxicidade grave será suspenso o tratamento. O grupo III será de pacientes tratados com placebo. É discutido o esquema de avaliação pós-tratamento, critérios de progressão e toxicidade, saída do estudo (violação de protocolo), avaliação de qualidade de vida e considerações estatísticas.

RESUMO 201

PROPOSTA DE ESTUDO PROSPECTIVO RANDOMIZADO NO TRATAMENTO COMBINADO DE CIRURGIA, QUIMIOTERAPIA INTRAPORTAL E RADIOTERAPIA EXTERNA NO ADENOCARCINOMA GÁSTRICO NO ESTÁDIO III e IV RESSECADO

Alfredo Guarischi, Eduardo J. Buarque, Solange Bizzo, Reinaldo Rondineli, Paulo Kanashiro, Marcos Polonia, Osolando Machado, Firmino Gomes, Luis A. Araújo e Jorge H. Mattos

Hospital de Oncologia, INAMPS — RJ (Serviço de Cirurgia Oncológica, Radioterapia e Oncologia Clínica e Anatomia Patológica) e Pro-Onco, CNCC — MS

Os autores apresentam proposta de estudo randomizado, prospectivo, fase II, visando verificar o papel da radioterapia externa (XRTE) e quimioterapia intraportal (QTIP) pós-operatória (PO) no adenocarcinoma gástrico avançado, estágio III e IV, porém ressecado e sem doença macroscópica residual, em relação à sobrevida total e intervalo livre de doença.

Os pacientes são randomizados em dois grupos.

Grupo I: será colocado um cateter em tributária da veia porta para QTIP, após cirurgia radical com linfadenectomia padronizada e as áreas de riscos clipadas de modo a orientar a programação da XRTE pós-operatória. A QTIP será realizada por 3 ciclos de 4 dias em infusão contínua. A droga utilizada será o 5-Fluorouracil (5 FU) na dose de 500mg/m²/dia, associado ao Dipiridamol (10mg EV, 3 X dia) o qual será iniciado um dia antes da QTIP e terminará 2 dias após o fim da infusão do 5 FU. O Dipiridamol visa potencializar a QTIP e a XRTE. O primeiro ciclo da QTIP será iniciado a partir do sétimo PO. O segundo ciclo se inicia no D1 da XRTE e o terceiro ciclo após a 4.^a semana da XRTE. A XRTE será iniciada após a 4.^a semana de PO, na dose total de 4500 a 5000 rads, em 4 a 6 semanas, nas áreas abdominais de risco e previamente clipadas.

Grupo II: Os pacientes serão tratados apenas por cirurgia (tratamento clássico).

Os critérios de elegibilidade, avaliação pós-tratamento, recidiva e progressão de doença, toxicidade, violação de protocolo e considerações estatísticas são discutidos.

RESUMO 202

CÂNCER COLORRETAL INDIFERENCIADO — ANÁLISE DE 15 CASOS

Sandra Maria Moura de Souza, Carlos Anselmo Lima, Eduardo Linhares, José Humberto S. Corrêa e Jurandir de Almeida Dias

Instituto Nacional de Câncer — RJ

Os autores fazem uma análise retrospectiva de 15 casos de adenocarcinoma colorretal indiferenciado ocorrido no período de 1982 a 1986. Houve predominância do sexo feminino e da 5.^a década; a localização mais freqüente foi no reto e o tipo histológico foi o mucinoso. Concluem ser um tumor de mau prognóstico, com percentual elevado de falha sistêmica e de baixa sobrevida.

RESUMO 203

IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO UROLÓGICA NO ESTADIAMENTO DO CÂNCER DO COLO UTERINO — ANÁLISE DE 207 CASOS

Marcos Venício Alves Lima e Antônio Luiz Correia Seixas

Instituto Nacional de Câncer — RJ

São analisados os resultados dos exames de estadiamento de 207 pacientes portadores de carcinoma do colo uterino avaliados pelo Serviço de Urologia do Instituto Nacional de Câncer (RJ), no período de janeiro de 1984 a março de 1986. Foram estudados 9 pacientes estágio I, 63 estágio II, 127 estágio III e 8 estágio IV. Todas as pacientes foram submetidas a urografia excretora e posteriormente a citoscopia com biópsia quando necessária.

Em 52 (25%) dos doentes observamos alterações, que não compressão extrínseca, que sugeriam invasão de bexiga ou de ureter justavesical. Alterações diferentes de compressão extrínseca que demonstram invasão de aparelho urinário não foram observadas nos estágios I e II, enquanto o índice de positividade foi de 38% nos estágios III e IV.

A análise dos resultados mostrou que nos estágios iniciais (I e II) o exame cistoscópico foi sempre normal, já no estágio III ocorreu invasão vesical comprovada em 10% dos casos, índice que se eleva para 50% no estágio IV. Em contrapartida, sinais de comprometimento do trato urinário baixo foram mais precocemente evidentes na urografia excretora, a saber: estágio I e II, 0%; estágio III, 33%; estágio IV, 50%.

Os autores concluem que o exame endoscópico é perfeitamente dispensável nos estágios iniciais nesta patologia e que sua acertada indicação nos estágios avançados deve ser precedida de uma urografia excretora, visando aumentar o índice de detecção de doença ao nível do aparelho urinário.

RESUMO 204

SEMINOMA DE TESTÍCULO. ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 10 ANOS NO HOSPITAL A.C. CAMARGO DA FUNDAÇÃO ANTONIO PRUDENTE — SP

Gonçalves E.L., Lopes A., Dias M.B.C. e Gentil F.C.

Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente — São Paulo

São analisados retrospectivamente 39 casos de seminoma puro de testículo. A porcentagem de pacientes admitidos com doença avançada é alta (54%). A sobrevivência no estágio clínico I é excelente com 100% dos pacientes vivos, sem doença, após 3,2 anos (tempo médio de seguimento). As falhas no tratamento nos estágios avançados (IIC e III) são estudados e criticados face ao tratamento usado.

RESUMO 205

TUMOR DE ÚRACO

Seixas A.L.C., Marota A.R. e Fiod N.J.

Instituto Nacional de Câncer — RJ

Os adenocarcinomas vesicais representam cerca de 2% das neoplasias vesicais, sendo as originais do úraco extremamente raros. Na literatura de língua inglesa, no período de 1863 a 1983

— 120 anos — existem apenas 117 casos devidamente comprovados.

Trata-se de uma patologia onde uma conduta urológica rígida e uma técnica cirúrgica adequada baseadas em conhecimentos anatômicos e embriogenéticos são de suma importância para a tentativa de cura, visto que o seu conhecimento mostra-nos ser uma neoplasia.

RESUMO 206

VIOLAÇÃO DA BOLSA ESCROTAL NO CÂNCER DO TESTÍCULO E SUA ALTERAÇÃO PROGNÓSTICA — ANÁLISE DE 31 CASOS

Marcos Venício Alves Lima e Antonio Luiz Correia Seixas

Instituto Nacional de Câncer — RJ

Os autores analisam 31 casos de violação da bolsa escrotal em câncer do testículo, enfatizando o erro propedêutico e sua relação com a alteração prognóstica, devido à modificação ocorrida na drenagem linfática preferencial neste tipo de tumor. Constam deste trabalho 16 casos de orquiectomia escrotal, 8 casos de biópsia escrotal, 5 casos de drenagem escrotal em orquiectomia inguinal e 4 casos de diagnóstico errôneo de hidrocele.

Ressaltam que a agressividade tumoral se eleva nestes casos, pois foram encontrados 60% de tumores em estádios IIc e III, assim como taxas elevadas de perpetuação da patologia após tratamento (20%) e de óbito (26%), percentuais totalmente diferentes quando comparados com a estatística global de câncer do testículo.

Destacam a necessidade de máxima observância de parte do cirurgião quando se depara com massa testicular não transluminável, adotando metodização técnica específica para exploração dos tumores testiculares.

RESUMO 207

LINFADENECTOMIA EM PACIENTES COM METÁSTASES PARA LINFONODOS LOCORREGIONAIS — N2 e N3, SUBMETIDOS OU NÃO A RADIOTERAPIA PRÉVIA

Menezes da Silva F.A., Roesler E. e Fittipaldi Jr. H.

Hospital de Câncer de Pernambuco — Deps. de Cirurgia Geral, Radioterapia e Patologia

A utilização de Radioterapia no tratamento de pacientes portadores de carcinoma de pênis N2 e N3 (Classificação TNN) permanece controverso quanto a sua indicação pré-operatória.

Baseados na casuística do Hospital de Câncer de Pernambuco durante o período de 1980 a 1987, os autores analisam o resultado das peças operatórias de pacientes submetidos a linfadenectomia com ou sem radioterapia, concluindo pela utilização da referida modalidade de tratamento como rotina de Serviço.

RESUMO 208

TUMORES NÃO SEMINOMATOSOS DO TESTÍCULO ESTÁDIO CLÍNICO I

Ademar Lopes, Everardo Leite Gonçalves, Marcelo Bandeira Coelho Dias e Fernando C. Gentil

Hospital A.C. Camargo — FAP

Os autores apresentaram 23 pacientes portadores de tumores não seminomatosos do testículo que foram tratados no Depto. de Cirurgia Pélvica do Hosp. A. C. Camargo da Fundação

Antonio Prudente, no período de 1975 a 1984. Os parâmetros analisados foram basicamente: faixa etária, tipo histológico, terapêutica empregada, correlação entre o estadiamento clínico e histopatológico, sobrevida e tendência atual na orientação terapêutica destes tumores.

Todos os pacientes foram submetidos a orquiectomia com ligadura alta dos elementos do cordão. Onze pacientes foram submetidos a linfadenectomia retroperitoneal, sendo que 3 apresentaram linfonodos positivos. Os outros 12 pacientes foram submetidos a orquiectomia, sendo em 6 como forma única de tratamento; nos outros 6 associou-se RXT ou QT.

Embora o tratamento dos 23 pacientes tenha sido heterogêneo, somente dois pacientes apresentaram recorrência da doença durante o acompanhamento, sendo um no grupo da linfadenectomia retroperitoneal e outro no grupo da orquiectomia. Os autores advogam um tratamento conservador para estes pacientes incluindo um estadiamento acurado e um seguimento rigoroso com marcadores biológicos, estudo radiológico e CT.

RESUMO 209

AMPUTAÇÃO + LINFADENECTOMIA EM UM SÓ TEMPO CIRÚRGICO NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE PÊNIS — ANÁLISE DE 99 CASOS

Marcos Venício Alves Lima e Antonio Luiz Correia Seixas

Instituto Nacional de Câncer — RJ

Os autores analisam retrospectivamente o resultado obtido em 99 pacientes portadores de câncer tratados pelo Serviço de Urologia do Instituto Nacional de Câncer (RJ) no período de janeiro de 1960 a dezembro de 1979 com penectomia e esvaziamento inguinal ou ílio-inguinal, inicialmente unilateral e, a partir de 1972, sempre bilateral num mesmo tempo cirúrgico.

Foram realizadas 81 amputações parciais, 17 amputações totais e 1 emasculação, no que condiz à cirurgia peniana. Quanto ao esvaziamento ganglionar, foram feitas 56 linfadenectomias ílio-inguinais bilaterais, 7 unilaterais, além de 26 linfadenectomias inguinais bilaterais e 10 linfadenectomias unilaterais.

É importante ressaltar que foram obtidos índices de 46% de positividade (metástases) no total de linfadenectomias realizadas, o que nos inclina a indicar tal procedimento, tido antes como profilático e posto em dúvida por vários autores.

As recidivas do grupo, bem como a sobrevida global de até 5 anos são avaliadas.

RESUMO 210

CÂNCER DO TESTÍCULO — RELATO DE 81 CASOS

Seixas A.L.C., Campos F.S. e Fiod N.J.

Instituto Nacional de Câncer

Os autores apresentam 81 casos de Câncer de Testículo tratados no período de janeiro de 1973 a dezembro de 1984 no INCa — RJ, analisando dados epidemiológicos, estadiamento e as diversas formas terapêuticas utilizadas.

Verificou-se que apesar do INCa ser um hospital especializado, 77% dos pacientes foram referidos após diagnóstico feito em hospitais gerais. Mostram um seguimento que variou de 6 meses a 10 anos, com índice de 7% sem controle após o tratamento. A sobrevida global obtida para os casos Estádio I foi de 50%, Estádios IIa e IIb foi de 70% e nos Estádios IIc e III foi de 60%. Ressaltam a importância da combinação terapêutica entre cirurgia (13 casos de linfadenectomia retroperitoneal, 5 casos de ressecções de massa abdominal e 4 toracotomias por metástase pulmonar), quimioterapia e radioterapia, no intuito de aumentar o índice de sobrevida e cura desta patologia.

RESUMO 211**SEMINOMA DE TESTÍCULO — REVISÃO DE 25 PACIENTES****Antonio Tadeu Rodrigues e Rogério de Assis Lira****Instituto Nacional de Câncer — Rio de Janeiro — RJ**

Uma análise detalhada e retrospectiva foi realizada em 25 pacientes (pts) portadores de seminoma de testículo, matriculados no Instituto Nacional de Câncer, no período de janeiro de 1971 a agosto de 1984. Foram excluídos da análise 2 pts; um por ter sido tratado inicialmente em outra instituição e o outro por ter abandonado o tratamento durante o seu curso. A maioria dos pts se situava na faixa etária de 20 a 40 anos. Biópsia inguinal foi realizada em 15 pts, biópsia escrotal em 7 pts e biópsia abdominal em 1 paciente. Criptorquidia ocorreu em 3 pts. Seminoma clássico foi o subtipo histopatológico predominante. Doze pts eram Estádio I, 7 pts Estádio IIa, 3 pts Estádio IIb, 1 paciente Estádio IIIa e nenhum paciente Estádio IIIb. A maioria dos pts pós-orquiectomia receberam radioterapia (RXT) com Co-60, com uma dose variando de 2.500 rads/15F a 4.000 rads/25F para linfonodos ínguino-ilíacos e para-aórticos, e com uma variação de dose de 2.500 rads/15F a 3.000 rads/20F para linfonodos mediastinais.

Dois pts falharam ao tratamento, um apresentou recidiva em couro cabeludo 3 meses após o término da RXT, sendo então tratado com 8 ciclos de VAB permanecendo com controle de doença por 2 anos e 3 meses, quando apresentou recidiva cerebral e linfática disseminada tendo então evoluído para óbito.

A outra falha ocorreu em um paciente submetido a RXT e quimioterapia, mas sem irradiação mediastinal, sendo então tratado com RXT e atualmente se encontra sem evidência de doença com sobrevida maior que 6 anos. A sobrevida livre de doença em 5 anos para estes pacientes foi de 89%. As complicações agudas do tratamento foram leucopenia, náuseas, vômitos e diarreia.

Complicações crônicas não ocorreram em nenhum paciente.

RESUMO 212**TUMORES DO PARÊNQUIMA RENAL NO ADULTO****Ademar Lopes, Marcelo Bandeira Coelho Dias, Everardo Leite Gonçalves, Fernando C. Gentil****Hosp. A.C. Camargo — FAP**

No período de 1953 a 1975 foram atendidos 83 pacientes no Departamento de Cirurgia Pélvica do Hosp. A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente em São Paulo. A maioria dos pacientes 62 (75%) estava entre a 4.^a e 6.^a décadas, sendo 47 (57%) masculinos e 36 (43%) femininos. Em 45 pacientes onde haviam informações sobre passado de Ca na família, ele esteve presente em 14 (31%). A sintomatologia predominante foi dor (66%), hematuria (53%), emagrecimento (26%) e tumor (15%).

Dos 83 casos apenas 35 chegaram ao Depto. sem nenhum tratamento prévio.

Destes, 14 (40%) foram submetidos à cirurgia com intenção curativa, 4 (11%) paliativa, oito casos foram considerados fora de possibilidade terapêutica pelo estágio avançado da doença e em 9 o tumor foi considerado irresssecável. Os tipos histológicos foram: adenocarcinoma (86%), Ca indiferenciado (8%), tumor Wilms (3%), leiomiossarcoma (3%). A sobrevida a 5 e 10 anos nas cirurgias curativas respectivamente de 43 e 21%, enquanto que nas paliativas a sobrevida média foi de 4 meses. Os sítios mais comuns de metástases a distância nos 35 casos foram: pulmão (20%), ossos (14%), fígado (14%), mediastino (9%) e região cervical (6%).

RESUMO 213

LINFADENECTOMIA DO CARCINOMA VERRUCOSO DO PÊNIS

Marcos Venício Alves Lima e Antonio Luiz Correia Seixas

Instituto Nacional de Câncer — RJ

Sendo o carcinoma verrucoso do pênis uma forma considerada menos agressiva que a dos demais carcinomas epidermóides bem diferenciados, o Serviço de Urologia do Instituto Nacional de Câncer (RJ) decidiu realizar a partir de 1977 um protocolo que visava avaliar a possibilidade real de comprometimento dos linfonodos regionais neste tipo de tumor.

É importante ressaltar que houve rígido controle na identificação deste tipo histológico de tumor, realizada por 2 patologistas do Serviço de Anatomia Patológica do hospital com laudos idênticos, sendo afastados os casos duvidosos.

Constam neste protocolo (1977-1984) 10 casos submetidos à amputação parcial + linfadenectomia bilateral em um só tempo cirúrgico. Foram examinados um total de 53 gânglios ilíacos e 219 gânglios inguinais que se achavam todos livres de neoplasia (0% de positividade). Os dados obtidos são comparados com os resultados das linfadenectomias realizadas em outros tipos histológicos no mesmo período e, conseqüentemente, pelo mesmo grupo cirúrgico: bem diferenciado 41%; moderadamente diferenciado 47%; pouco diferenciado 75%.

Os autores definem a postura atual do Serviço de Urologia do INCa. de se fazer apenas a cirurgia peniana quando constatado este tipo histológico de neoplasia.

RESUMO 214

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CÂNCER DE PÊNIS NO ESTADO DE PERNAMBUCO — CASUÍSTICA DO HOSPITAL DO CÂNCER DE PERNAMBUCO

Menezes da Silva F.A., Lacet J. e Andrade L.

Hospital de Câncer de Pernambuco — Dep. Cirurgia Geral

Baseados nos dados colhidos pelo Registro de Câncer de Pernambuco acerca da incidência de Câncer de Pênis no Estado, foi desenvolvido um estudo cooperativo entre o Hospital de Câncer de Pernambuco e a Universidade de Oxford. Entre os objetivos que deveriam ser atingidos pela abordagem epidemiológica e laboratorial foi incluída a identificação de um possível agente viral implicado na gênese do carcinoma de pênis.

Os autores apresentam dados de Epidemiologia Descritiva para o Câncer de Pênis com base na casuística do Departamento de Cirurgia Geral do Hospital de Câncer de Pernambuco no período de 1982 a 1987.

RESUMO 215

HERMAFRODITISMO VERDADEIRO — RELATO DE 1 CASO COM DEGENERAÇÃO MALIGNA DE TESTÍCULO ECTÓPICO

Fiod N.J., Magalhães J.A., Brandão E.M., Linhares E., Filho O.S. e Dias J.A.

Instituto Nacional de Câncer (RJ)

Os autores relatam um caso desta rara patologia em que houve degeneração seminomatosa de testículo abdominal. Abordam os aspectos clínicos e o tratamento combinado de cirurgia e quimioterapia neste paciente.

RESUMO 216**CIRURGIA DO CÂNCER DE PÊNIS LOCAL E/OU LOCO-REGIONALMENTE AVANÇADO****Pedro Henrique de Jesus Cerqueira, Aristóteles Wisnescky e Antonio Luiz Correia Seixas****Instituto Nacional de Câncer (RJ)**

Os autores apresentam 25 pacientes portadores de câncer do pênis localmente avançado tratados pelo Serviço de Urologia do Instituto Nacional de Câncer (RJ), no período de 1983 a 1987. São feitas considerações sobre o conceito de câncer localmente avançado (T₄ e/ou N₃), enfatizando que face ao baixo nível sócio-econômico e cultural destes pacientes 52% eram virgens de tratamento, enquanto 48% já haviam sido submetidos a cirurgias econômicas em outras Instituições. Destacam o tipo de ressecção e de reconstituição empregados nos diversos casos, onde o objetivo principal é a melhoria da qualidade de vida, reintegrando o paciente ao convívio sócio-familiar, muito embora as possibilidades de cura sejam remotas.

RESUMO 217**TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS TUMORES NÃO VESICAIS DE UROTÉLIO****Seixas A.L.C., Wisnescky A., Fiod N.J., Machado G.P.****Instituto Nacional de Câncer — RJ**

No período de 1976 a 1985 foram tratados, no Serviço de Urologia do INCa, 112 pacientes portadores de tumores uroteliais, dos quais 10 (8,92%) apresentavam localização não vesical.

São apresentados 5 casos de tumores na pélvis renal, 2 casos na pélvis renal e ureter e 3 casos em ureter, com exame histológico de carcinoma de células transicionais em 8 casos e de carcinoma epidermóide em 2.

São analisadas as manifestações clínicas, achados radiológicos, tratamento realizado e os resultados obtidos neste tipo de patologia pouco freqüente.

RESUMO 218**ONCOCITOMA RENAL — RELATO DE 1 CASO****Sandra Maria Moura de Souza e Antonio Luiz Correia Seixas****Instituto Nacional de Câncer — RJ**

O oncocitoma renal, descrito pela primeira vez em 1964, teve o seu reconhecimento aumentado apenas a partir de 1973, por ser esta variante histológica pouco freqüente, anteriormente englobada entre os demais carcinomas renais.

Os autores apresentam 1 caso de oncocitoma tratado no Serviço de Urologia do Instituto Nacional de Câncer (RJ).

Ressaltando a necessidade absoluta do diagnóstico histopatológico correto, por ser o pré-operatório praticamente impossível, principalmente pelo fato destes tumores encapsulados, apesar de seu grande volume, não invadirem estruturas vizinhas nem darem metástases a distância, tendo, portanto, um comportamento biológico benigno com expectativa de sobrevida normal para o grupo etário do paciente.

RESUMO 219

MÓDULO CÂNCER DE PÊNIS — BIÓPSIA DE LINFONODO

Sandra Maria Moura de Souza, A. Augusto Ornellas, Franz Santos de Campos e Antonio Luiz Seixas

Instituto Nacional de Câncer

Sempre foi desejo dos cirurgiões oncológicos conseguir de modo eficaz selecionar os pacientes que necessitam cirurgia radical daqueles em que apenas a cirurgia peniana seria suficiente. O Serviço de Urologia do INCa. fez incursões nas biópsias de linfonodos inguinais até o ano de 1974, semelhante ao que foi sugerido por Cabanas em 1977.

Entre 1960 e 1974, 31 biópsias de linfonodos foram realizadas em 31 pacientes. Destas, 8 foram positivas e 23 negativas. Conseguiu-se acompanhar 17 pacientes com biópsias negativas, nos quais em 10 obtivemos progressão da doença no que concerne à metástase ganglionar inguinal no lado biopsiado, apresentando um índice de falha de detecção da doença em 43% dos casos.

Apoiados nos dados acima mencionados, os autores desaconselham tal procedimento e traçam a conduta do serviço na data atual.

RESUMO 220

SARCOMA DO PÊNIS — RELATO DE 1 CASO

Sandra Maria Moura de Souza, Carlos Alberto Marques e Antonio Luiz Correia Seixas

Instituto Nacional de Câncer

Os autores apresentam 1 caso de fibrossarcoma peniano tratado no Serviço de Urologia do Instituto Nacional de Câncer (RJ).

A raridade da patologia justifica a apresentação do caso único já que dos 750 tumores malignos do pênis tratados em nosso serviço, este foi o único ocorrido, perfazendo uma incidência de 0,1%. Enfatizam que neste tipo histológico pouco freqüente o tratamento cirúrgico radical é falho, uma vez que a disseminação preferencial, diferentemente dos carcinomas epidermóides, é hematogênica, necessitando sempre tratamento sistêmico adjuvante.

RESUMO 221

PAPEL DA BRAQUITERAPIA NO TRATAMENTO DAS AFECÇÕES TUMORAIS E PRÉ-TUMORAIS DA URETRA

Novaes P.E.R.S., Lins J.R.B., Trippe N., Pereira A.J. e Peres O.

De 1954 a 1984, 9 pacientes portadores de afecções neoplásicas e pré-neoplásicas da uretra foram submetidos a braquiterapia no Departamento de Radioterapia do Hospital A.C. Camargo. Seis pacientes apresentavam carcinoma primário da uretra (cinco tumores invasivos e um carcinoma "in situ") e três condições pré-tumorais representadas por papilomatose uretral (dois casos) e hiperplasia epitelial atípica com citologia classe III de Papanicolaou (1 caso). Dois pacientes eram do sexo masculino e sete do sexo feminino.

As técnicas de braquiterapia empregada foram os moldes uretrais (4 casos), molde vaginal (1 caso), implante com agulhas de Ra 226 ou Cs 137 (3 casos) e associações radioterapia externa + implante (1 caso).

As doses da radiação liberadas foram da ordem de 40 Gy para as afecções pré-neoplásicas e 60 a 80 Gy para os carcinomas.

Oito dos nove pacientes tratados apresentaram controle local da enfermidade com sobrevida assintomática, livre de doença de 18 meses a mais de 10 anos. Ocorreu apenas uma falha local em paciente tratado por papilomatose uretral com dose de 40 Gy mas que seis meses após o tratamento apresentou uretrorragia e o exame endoscópico revelou recidiva no processo com o exame anátomo-patológico mostrando tratar-se de carcinoma espino-celular.

RESUMO 222

CÂNCER DE ENDOMÉTRIO — ESTUDO RETROSPECTIVO DE 75 CASOS

Sérgio B.B. Hatschbach, Benedito Valdecir de Oliveira, Marcos Flávio Montenegro, João Antônio Guerreiro e Aleixo José da Rocha Guerreiro

Hospital Erasto Gaertner da Liga Paranaense de Combate ao Câncer

Os autores analisam a experiência do Serviço de Ginecologia e Mama do Hospital Erasto Gaertner da Liga Paranaense de Combate ao Câncer de Endométrio num estudo retrospectivo de 75 casos no período de 1973 a 1983.

Para o presente estudo as pacientes foram classificadas de acordo com o estadiamento clínico da UICC e ficaram distribuídas da seguinte forma: EC I — 38 pacientes, EC II — 8 pacientes, EC III — 1 paciente, EC IV — 7 pacientes e 21 pacientes tratados inicialmente em outros serviços e que posteriormente completaram o tratamento e fizeram preservação em nosso serviço, as quais não tinham estadiamento clínico inicial.

Com nosso material, estudamos a relação entre o resultado terapêutico e o estadiamento clínico. Dos 38 casos do EC I tratados, 31 pacientes estão assintomáticas; em contrapartida dos 7 casos do EC IV, 6 pacientes foram a óbito devido a neoplasia maligna do endométrio.

Outro dado analisado, foram os resultados terapêuticos obtidos com a cirurgia ou radioterapia exclusiva e a associação de ambas. Os melhores resultados foram com a associação da cirurgia com a radioterapia.

Com relação a metástases, tivemos em nosso estudo 8 casos de metástases em 75 casos tratados, sendo 3 casos de metástase óssea, 3 casos de metástase para linfonodos para-aórticos, 1 caso de metástase pulmonar e 1 caso de metástase para cólon transverso. Outro dado avaliado foi a recidiva em fundo vaginal, tivemos 8 casos de recidiva em fundo vaginal após a cirurgia.

RESUMO 223

FATORES PROGNÓSTICOS NO CARCINOMA DO COLO DO ÚTERO, ESTÁDIO III

Luís Souhami Filho, José Andrade C. Melo, Carlos Manoel Mendonça de Araújo e Luiz Henrique J. Pinto

Instituto Nacional de Câncer — RJ

Um total de 148 pacientes com carcinoma do colo de útero, Estádio III, encaminhadas ao Serviço de Radioterapia do Instituto Nacional de Câncer, no período de janeiro de 1975 a dezembro de 1979, foram avaliadas numa tentativa de se estabelecer possíveis fatores prognósticos no grupo.

A extensão da invasão parametrial foi o fator prognóstico mais importante, com a sobrevida das pacientes com invasão unilateral sendo significativamente superior àquelas com invasão bilateral ($p < 0,005$). A presença de anemia também mostrou ser de importância prognóstica e todos os esforços devem ser feitos para manter a hemoglobina acima de 12g.

Apesar de que pacientes com mais de 50 anos de idade tenham tido uma sobrevida melhor, essa diferença não alcançou significado estatístico. A extensão da invasão parametrial parece ser o fator prognóstico mais importante e deve ser sempre levada em consideração quando da elaboração de novos estudos.

RESUMO 224

CARCINOMA IN-SITU E MICROINVASOR DO COLO UTERINO NO CICLO GRÁVIDO-PUERPERAL

Sabino de Freitas M.M., Baruffi I., Carrara H.H.A., Yamada R.T. e Freitas Jr. A.H.

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

São analisados 4 casos de carcinoma do colo uterino, in-situ e microinvasor, no período grávido-puerperal na população de 19.428 parturientes, com índice de prevalência de 0,04%. As 4 pacientes eram grandes múltiparas e 75% delas referiam o 1.º coito entre os 15 e 16 anos. A citologia e a colposcopia, juntas, perfizeram 100% de assertiva diagnóstica. A biópsia para o diagnóstico histológico foi realizada entre a 16.ª e 20.ª semana de gestação, não tendo sido registrado qualquer intercorrência na gravidez. Em somente 1 caso foi realizada 2 biópsias e amputação cônica no período gestacional, tendo esta gravidez evoluído normalmente e o parto normal se realizado na 38.ª semana de gestação. As outras três, por doença concomitante à gestação (hipertensão arterial crônica e placenta prévia), apresentaram aborto ou partos prematuros. Três das pacientes foram submetidas a histerectomia total mais exérese de cúpula vaginal e uma delas a Wertheim-Meigs, no puerpério por apresentarem diagnóstico de microcarcinoma ou pela ausência de segurança do colo amputado. O controle dessas pacientes variou de 7 a 60 meses, não tendo sido registrado nenhuma recidiva.

RESUMO 225

ANÁLISE DA METODOLOGIA DO CÂNCER AVANÇADO DE OVÁRIO

Eriberto de Queiroz Marques, Esdras de Queiroz Marques, Maria Aparecida Coelho, Eliane de Oliveira Trigreiro e Zilda do Rêgo Cavalcanti

Os autores apresentaram o estudo de 81 pacientes portadores de tumor de ovário avançado (Estágio III e IV), atendidos no Instituto de Oncologia do Recife e casa de saúde São Marcos, de 1972 a 1987.

Estes pacientes foram submetidos à terapêutica multidisciplinar (cirurgia, quimioterapia, radioterapia). Eles foram tratados com a combinação cisplatina — adriamicina — ciclofosfamida — (PACe). As irradiações abdominopélvicas foram utilizadas apenas em pacientes com lesão residual mínima (2cm) na cirurgia inicial. A toxicidade foi moderada. O tumor residual achado na operação inicial, o grau histológico e a resposta à quimioterapia influenciaram o tempo de sobrevida. A taxa de sobrevida em 2 anos foi de 82,7%. A duração média de sobrevida foi de 9,85 meses.

Parece óbvio que o tratamento com uma única modalidade é inadequado e não pode efetuar uma cura na maioria dos pacientes com carcinoma avançado de ovário.

RESUMO 226**ESTUDO PRELIMINAR DE QUIMIOTERAPIA NEO-ADJUVANTE (PRÉ-OPERATÓRIO) NO CA DE COLO DE ÚTERO AVANÇADO****Eduardo Schunemann Junior, Regina Stelko Pereira e Calixto A. Hakim Neto**

Os autores avaliam os resultados preliminares da quimioterapia Neo-Adjuvante (Pré-Operatória) no carcinoma de colo uterino avançado. O esquema por nós utilizado consiste de três drogas: CISPLATINUM, ADRIBLASTINA, BLEOMICINA. O número de ciclos variou de dois a três, com intervalo de três (3) semanas entre os ciclos.

No período de novembro de 1985 a junho de 1987 vinte (20) pacientes com carcinoma de cérvix Estádio IIB e III-B entraram no estudo protocolar. Dessas vinte (20) pacientes, quinze (15) foram avaliadas, oito (8) eram do Estádio III-B e sete (7) pertenciam ao Estádio II-B.

A resposta total à Quimioterapia foi de 80%, sendo 20% de Resposta Completa (RC) e 60% Resposta Parcial (RP). Em relação à cirurgia, dez (10) foram submetidas a WERTHEIM-MEIGS, num total de quinze (15) pacientes.

As respostas iniciais foram animadoras e nos incentivam a continuar as fases posteriores do estudo. Com esse tipo de protocolo existe a possibilidade de usarmos as três armas terapêuticas seqüencialmente (QT — CIRURGIA — RxT), aumentando assim as possibilidades de resposta ao CÂNCER AVANÇADO DE COLO UTERINO.

RESUMO 227**NEOPLASIA DE VULVA — APRESENTAÇÃO DE 25 CASOS****Luiz Gonzaga Porto Pinheiro, Raimundo José Arruda Bastos e Paulo de Tarso Macêdo****Instituto de Câncer do Ceará — Hospital Batista Memorial**

Os autores estudam 25 casos de neoplasia de vulva, tratados na Clínica Oncológica do Hospital Batista de Fortaleza no período 1980 a 1987; ressaltam o alto índice de doenças localmente avançadas (12 casos). O tratamento cirúrgico foi realizado por equipes multidisciplinares (cancerologista, proctologista e cirurgião plástico).

Discute-se os métodos diagnósticos, as técnicas de excisão e reconstrução da vulva com especial abordagem ao reimplante da uretra bem como ao uso do retalho miocutâneo do gracil na tentativa de se obter melhores resultados funcionais.

Aborda-se ainda a taxa de mortalidade operatória, complicações cirúrgicas e recidiva da doença.

A Quimioterapia e a Radioterapia foram empregados como adjuvantes em 2 casos e na tentativa de controle da recidiva em 5 casos.

RESUMO 228**ASPECTOS DA OCORRÊNCIA DO CÂNCER CÉRVICO-UTERINO NO BRASIL****Faerstein E.**

Foram analisados dados disponíveis sobre a mortalidade e a incidência do câncer cervical no Brasil. Em relação à mortalidade nas capitais, em 1980, estimou-se que os níveis reais foram pelo menos 50% superiores aos dados oficiais, em razão do grande número de óbitos atribuídos a câncer de "útero, porção não especificada". Foram observados gradientes (considerados subestimados) de cerca de três vezes entre os riscos de adoecer e de morrer em regiões de maior e menor desenvolvimento sócio-econômico.

Situam-se, no país, três das quatro mais altas taxas de incidência registradas no mundo (Recife, Fortaleza e São Paulo). Mesmo nas áreas do país com menor ocorrência, contudo, os valores encontrados foram expressivos, quando comparados com taxas de morbimortalidade vigentes internacionalmente. Em todas as regiões, também, o padrão etário da doença foi similar ao de regiões do mundo com alta frequência da doença — elevação precoce e rápida dos riscos com a idade.

Os dados disponíveis são insuficientes para permitir conclusões sobre as tendências do câncer cervical no Brasil. Em períodos distintos das décadas de 70 e 80, houve ascensão no Rio Grande do Sul e em São Paulo, e uma discreta queda na ex-Guanabara e no Rio de Janeiro.

Em nenhuma área foi detectada tendência declinante de importância, como a observada nos países desenvolvidos. Mantidas constantes as taxas do início da década, poder-se-ia estimar a ocorrência, até o final do ano em curso, de cerca de 23 mil casos e de quase 7 mil óbitos pela doença em nosso país.

RESUMO 229

A AMPUTAÇÃO CÔNICA NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS LESÕES DISPLÁSICAS E NEOPLÁSICAS DO COLO UTERINO

Sabino de Freitas M.M., Baruffi I., Cunha S.P., Philbert P.M.P. e Freitas Jr. A.H.

Estudo de 256 amputações cônicas para o diagnóstico das neoplasias do colo uterino, sendo o material distribuído em 87 casos de displasias, 140 casos de carcinoma *in situ*, 16 de carcinoma microinvasor e 13 casos de carcinoma invasor. Considerações sobre correlação diagnóstica da citologia e colposcopia; material de biópsia e material do colo amputado. Referências sobre 5,4% de complicações. Comentários sobre o estudo histológico dos cones amputados, presença ou ausência de margem de segurança do cone amputado e terapêutica complementar nos cones insuficientes e no carcinoma microinvasor, com estudo histológico do material da histerectomia.

RESUMO 230

SARCOMAS UTERINOS. ANÁLISE DE 52 CASOS

Dias M.B.C., Gonçalves E.L., Filho A.D., Ziltron M. e Abrão F.S.

Cinquenta e dois pacientes portadoras de sarcoma uterino foram examinadas no Departamento de Ginecologia do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente no período de 1953-1984. Quarenta e um pacientes eram brancas (78,8%), 10 pretas (19,2%) e uma amarela (1,9%). Na admissão 40 casos (76,9%) apresentavam doença local e 12 casos (23,1%) a distância.

A faixa etária predominante foi entre a 4.^a e 7.^a décadas com 39 casos (74,9%). O estudo anatomopatológico revelou: leiomiossarcoma 38 casos (73%), sarcoma mesodérmico misto 8 casos (15,3%), carcinosarcoma 2 casos (3,8%), rabiomiossarcoma 2 casos (3,8%), sarcoma indiferenciado 1 caso e hemangioendotelioma maligno 1 caso (1,9%).

O tratamento de escolha foi a cirurgia em 47 casos (90%).

A cirurgia principal foi a histerectomia total com salpingooforectomia bilateral.

A radioterapia e a quimioterapia foram realizadas em alguns casos.

A sobrevida a 5 anos foi de 46,5% enquanto que 11 casos tiveram óbito com menos de 1 ano.

RESUMO 231

PROTOCOLO MOB + DDP COMO QUIMIOTERAPIA NEO-ADJUVANTE EM CÂNCER DE COLO UTERINO (ESTUDO PROSPECTIVO)

Eriberto de Queiroz Marques, Maria Aparecida Coelho e Eliane de Oliveira Trigueiro

Vinte e nove pacientes portadoras de Carcinoma Epidermóide de colo de útero, estádios IIb a IIIb, foram incluídas em um estudo prospectivo, no período de março/82 a julho/87, com a finalidade de avaliar a toxicidade, categoria das respostas e duração das remissões do protocolo MOB + DDP, utilizado como Quimioterapia Neo-adjuvante.

Dos 29 casos, somente 3 não foram elegíveis para remissão completa e foram submetidos à Pan-Histectomia e Radioterapia loco-regional; 10 casos com remissão parcial 50% e 6 casos com remissão parcial 50% que foram submetidos à radioterapia e Radium-Moldagem. Somente 2 casos apresentaram progressão da doença durante a quimioterapia e foram a óbito.

Dos casos estudados, 7 continuam em remissão completa; 1 caso apresentou recidiva da doença; 2 casos se encontram com doença estabilizada e 1 com doença em progressão.

Do total tivemos 14 óbitos, sendo 4 por intercorrências outras, após ter concluído o protocolo (Hemorragia Digestiva, tétano, etc.); 2 ocorreram ainda quando estavam no protocolo, 1 caso se encontra sem preservação.

O tratamento foi bem tolerado; não ocorreram óbitos relacionados à toxicidade das drogas. A toxicidade medular foi moderada, com leucócitos — 3.000/mm³ e plaquetas — 1.000.000/mm³ em 2 casos. Não houve toxicidade neurológica, nefrológica e respiratória. Encontramos alopecia (grau 3), náuseas e vômitos (grau de 1 a 2) em 100% dos casos.

RESUMO 232

CÂNCER DE VULVA — ESTUDO RETROSPECTIVO DE 40 CASOS

Sérgio B.B. Hatschbach, Massakazu Kato, Gerardo C.G. Valadares, João Antonio Guerreiro e Arilton Zanlorenzi

Hospital Erasto Gaertner da Liga Paranaense de Combate ao Câncer

Os autores analisam a experiência do Serviço de Ginecologia e Mama do Hospital Erasto Gaertner da Liga Paranaense de Combate ao Câncer em Câncer de Vulva num estudo retrospectivo de 40 casos no período de 1973 a 1983.

Para o presente estudo as pacientes foram classificadas de acordo com o estadiamento clínico da UICC e ficaram distribuídas da seguinte forma: EC I — 2 pacientes, EC II — 18 pacientes, EC III — 14 pacientes, EC IV — 3 pacientes e 3 pacientes foram tratadas inicialmente em outros serviços e que posteriormente completaram o tratamento e fizeram preservação em nosso serviço, as quais não tinham estadiamento inicial.

Com nosso material estudamos a relação entre o resultado terapêutico e o estadiamento clínico. Nos estádios clínicos I e II, das 20 pacientes tratadas, 5 foram a óbito devido a neoplasia maligna da vulva. Nos estádios clínicos III e IV, das 17 pacientes tratadas, 8 pacientes foram a óbito devido a neoplasia maligna da vulva.

Outro dado analisado foram os resultados terapêuticos obtidos com a cirurgia exclusiva e a associação desta com a radioterapia. Os melhores resultados com a cirurgia exclusiva foram no estágio clínico I; nos outros estádios clínicos os resultados foram melhores quando a cirurgia se associou a radioterapia.

Em nosso estudo as metástases mais freqüentes foram em linfonodos regionais (7 casos), ossos (2 casos) e pulmões (2 casos). Em relação à recidiva local, tivemos 7 casos de recidiva local.

RESUMO 233

VALOR DA RETOSSIGMOIDOSCOPIA NO ESTADIAMENTO DO COLO UTERINO

Gilson J. Oliveira, Nelson J.J. Fiod, Eduardo L.R. Melo, José H.S. Correa e Jurandir A. Dias

Instituto Nacional de Câncer

Os autores analisam prospectivamente 100 retossigmoidoscopias realizadas no INCa, durante o período de agosto de 1986 a março de 1987 para estadiamento do câncer da cérvix, cotejando os achados clínicos (toque retal, compressão extrínseca, irregularidade da parede) com os da retossigmoidoscopia.

A distribuição dos pacientes por estadiamento foi a seguinte: Ca. "in situ" 3 casos (3%); Ia. 2 casos (2%); Ib. 2 casos (2%); IIa. 4 casos (4%); IIb. 18 casos (18%); IIIa. 1 caso (1%); IIIb. 62 casos (62%); IVa. 7 casos (7%) e IVb. 1 caso (1%).

Nos pacientes portadores de Ca. "in situ", estágios Ia, Ib, IIIa e IVb os achados clínicos não divergiram daqueles da retossigmoidoscopia. Houve alteração do estadiamento apenas em 2 pacientes: uma do estágio IIb e outra do estágio IIIb. Considerando o encargo social (73% dos pacientes compareceram ao hospital somente para realização da retossigmoidoscopia), o custo hospitalar e a pequena incidência de alteração do estadiamento (2%), os autores entendem que a retossigmoidoscopia só deve ser indicada naqueles casos nos quais há fixação à parede muscular do reto e/ou alteração da mucosa esteja presente no toque retal.

RESUMO 234

PAPEL DA RADIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL METASTÁTICA

Novaes P.E., Marziona F., Figueiredo E.Q., Coelho F.R.G., Trippe N. e Abrão F.S.

Os autores relatam 11 casos de Neoplasia Trofoblástica gestacional metastática (NTGM) que receberam tratamento radioterápico no Departamento de Radioterapia do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente, dentre as 60 pacientes matriculadas no Departamento de Ginecologia da Instituição de 1953 a 1980.

Destas 11 pacientes, 6 apresentaram metástases vaginais sangrantes, 2 metástases cerebrais, 2 disseminação pulmonar e 1 doença pélvica metastática.

Todas elas além da radioterapia, que constituiu na braquiterapia nas lesões vaginais e irradiação externa nas outras localizações, também foram submetidas a esquema poliquimioterápico.

Nas metástases vaginais 5 pacientes tiveram contenção da hemorragia; as 2 pacientes com metástases cerebrais evoluíram a óbito em 3 e 4 meses porém obteve-se significativa melhora da condição neurológica; 1 paciente com metástase pulmonar teve remissão completa e aquela com doença pélvica não apresentou resposta ao plano de irradiação e veio a óbito.

Sugerem a abordagem multidisciplinar precoce a melhor opção terapêutica colaborando a radioterapia na doença cerebral, vaginal e pulmonar.

RESUMO 235

DISGERMINOMA DO OVÁRIO/PAPEL DA RADIOTERAPIA

Novaes P.E.R.S., Fuzioka A.K. e Peres O.

É feita uma análise retrospectiva dos pacientes portadores de disgerminoma do ovário matriculados no Hospital A.C. Camargo/FAP/SP no período de 1960 a 1980.

Para um total de 464 casos de tumores ovarianos neste período, 22 foram histologicamente confirmados como disgerminomas o que representa 4,7%.

Dois pacientes são excluídos da avaliação, um por não haver recebido qualquer tratamento e outro por não ter sido possível a revisão histológica.

Dos 20 pacientes avaliados, dois foram submetidos à cirurgia exclusiva e 18 à cirurgia e radioterapia.

Houve 7 pacientes com idade igual ou inferior a 16 anos e 13 com idade superior — o mais novo tinha 7 anos e o mais idoso 48 anos.

Quanto ao estadiamento, 10 lesões foram do estágio I, 1 do estágio II, 6 do estágio III, 1 do estágio IV e 2 não puderam ser precisamente estadiadas.

Três pacientes foram a óbito e 15 estão vivos e sem evidência de doença por mais de 5 anos.

Dois pacientes foram perdidos de seguimento nos 12 e 18 meses após o tratamento, sem evidência de enfermidade.

RESUMO 236

UM CASO DE ADENOCARCINOMA PAPILÍFERO DO OVÁRIO ASSOCIADO À GRAVIDEZ

Meireles Filho, Rogério

Univ. Fed. M. Gerais

Entre os casos de câncer ovariano que temos tratado, este é o primeiro que sobrevive mais de 10 anos. O achado casual no transcurso de uma cesariana por certo propiciou a obtenção do diagnóstico relativamente precoce de adenocarcinoma papilífero do ovário. O tratamento cirúrgico foi efetuado em duas etapas: na primeira em aditamento à cesariana foram ressecados os anexos direitos e um implante no ligamento infundíbulo-pélvico ipsilateral, e na segunda foi efetuada uma histerectomia abdominal total com anexectomia esquerda. Completamos o tratamento da paciente submetendo-a à irradiação ionizante de 13.01.76 a 23.03.76. A preservação tem sido efetuada anualmente. Última revisão em 30.03.1987. A paciente estava passando muito bem.

RESUMO 237

CÂNCER DA VULVA — A PROPÓSITO DE SETE CASOS

Racso Yule Queiroz, Etelvino de Souza Trindade, Dóris Oliveira Luz, Maria de Fátima Rezende Queiroz, Guttemberg Pereira Primo e Marcus Vinícius Tavares Mello

Os autores relatam, no presente trabalho, sua experiência com o diagnóstico e tratamento de sete (7) casos de Carcinoma de Vulva tratados entre abril de 1985 e julho de 1987 na Clínica Ginecológica do Hospital das Forças Armadas e Unidade de Oncologia do Hospital Santa Lúcia.

RESUMO 238

SARCOMA DE EWING NA INFÂNCIA/PAPEL DA RADIOTERAPIA NO TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR

Gotardo S.M.T.N., Novaes P.E.R.S., Trippe N., Peres O., Petrilli A.S. e Epelman S.

É feita uma análise retrospectiva de 31 pacientes portadores de Sarcoma de Ewing tratados no Hospital A.C. Camargo no período de 1970 a 1984. A faixa etária variou de 3 a 15 anos com predominância do sexo masculino.

Ocorreram 19 lesões de extremidade e 11 centrais sendo utilizados diferentes esquemas de quimioterapia em associação à radioterapia e mais raramente à cirurgia.

Observou-se nítida melhora na sobrevida dos pacientes que receberam quimioterapia do tipo "T" (T2, T6, T9, T11) quando comparados com outros esquemas poliquimioterápicos (não T) — (13/20 T X 1/10 ãT).

Dos 19 pacientes (um foi excluído por perda de follow-up) tratados com quimioterapia sistêmica do tipo T em apenas dois não se obteve controle local da doença, estando 12 vivos com seguimento mínimo de 24 meses e tendo ocorrido cinco óbitos pela doença e dois por enfermidade intercorrente, sem doença em atividade.

Nos tratados com outros esquemas quimioterápicos (11 pacientes) apenas um sobrevive livre de doença por 72 meses.

Não se observou diminuição das taxas de controle local com redução das doses de radioterapia quando associada a cirurgia para lesões de extremidades.

RESUMO 239

RABDOMIOSSARCOMA PARATESTICULAR. ANÁLISE DE 7 CASOS

Marcelo Bandeira Coelho Dias, Everardo Leite Gonçalves, Ademar Lopes e Fernando C. Gentil

Os autores analisam 7 casos de Rbdomiossarcoma paratesticular, tratados no Departamento de Cirurgia Pélvica do Hospital A. C. Camargo da FAP, no período de 1975-1984.

Os parâmetros analisados foram: faixa etária, terapêutica empregada e a sobrevida.

RESUMO 240

RETINOBLASTOMA AVANÇADO: REVISÃO DE 41 PACIENTES

M. Izabel S. Pinel, L. Souhami, R. A. Arcuri, G. M. de Sá, A. T. Rodrigues, S. L. Vieira, R. M. Ferreira e F. A. Gerpe

Departamento de Radioterapia, Patologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Pediatria, do Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

No período de janeiro de 1975 a dezembro de 1982, 41 pacientes com retinoblastoma foram tratados no Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brasil. Foram 22 pacientes do sexo feminino e 19 do masculino, com a idade variando de 5 a 55 meses, com a mediana de 26 meses. Bilateralidade estava presente em 17 casos (41,5%). Os pacientes (pts) foram estadiados retrospectivamente, utilizando o estadiamento de Pratt. Foram 18 pts do estágio II, 14 do III e 9 do estágio IV. Todos pts foram submetidos à cirurgia, seja enucleação do olho (37 pts) ou exenteração da órbita (4 pts) seguido de quimioterapia (12 pts) ou quimioterapia e radioterapia (21 pts). Sete pts receberam somente tratamento cirúrgico e um outro paciente recebeu radioterapia na órbita após enucleação.

A sobrevida global atuarial em 5 anos foi de 57%. A sobrevida em 5 anos foi de 65% e 46% para os pts com tumor unilateral e bilateral respectivamente. A sobrevida em 5 anos foi de 77% para os pts do estágio II, 50% para o estágio III e 25% para o estágio IV. Análise das falhas ao tratamento mostrou que um grande número de pts falhou no sistema nervoso central. A maioria desses pts tinha doença comprometendo o nervo óptico na época da cirurgia e a invasão tumoral além dos limites cirúrgicos do nervo óptico parece ser o principal fator prognóstico de recidiva no sistema nervoso central.

RESUMO 241

EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE ONCOLOGIA DA PUCRS NO TUMOR DE WILMS

Adalberto Broecker Neto, Nelson Gustavo Kalil, Sergio Lago, Ailzo José da Costa, Maria Inês Sandri e Elisabete Palmeiro

Serviço de Oncologia da PUCRS. Porto Alegre — RS

29 pacientes foram analisados, sendo 14 do sexo feminino e 15 do sexo masculino. 4 pacientes (13,7%) pertencem ao estágio I; 12 pacientes (41,3%) ao estágio II; 7 pacientes (24,1%) ao estágio III; 5 pacientes (17,24%) ao estágio IV e 1 paciente (3,4%) ao estágio V. A idade média na época do diagnóstico foi de 5,1 anos. 16 pacientes (55,1%) eram de histologia favorável e 12 pacientes (41,3%) de histologia desfavorável (1 paciente com histologia desconhecida). 21 pacientes (72,4%) apresentavam tumor acima de 250,0g, 6 pacientes (20,6%) abaixo de 250g (2 pacientes com peso desconhecido). Como primeiro sinal/sintoma apresentado, 22 pacientes (85,8%) apresentavam massa abdominal; 5 pacientes (17,24%) com hematúria macroscópica e 2 pacientes (6,8%) com dor abdominal. O tratamento utilizado incluiu, após a cirurgia, na fase de indução, radioterapia e quimioterapia concomitante utilizando: Actinomicina D (15mcg/kg/dia/5 dias) nas semanas de 0 a 6 bem como Vincristina semanal por 7 dias (1,5mg/m²). Na fase de manutenção, foi utilizada nos meses 3, 6, 9, 12 e 15 Actinomicina D e Vincristina dias 1 e 8 em iguais doses acima. Alguns pacientes receberam quimioterapia pré-operatória para facilitar tecnicamente a remoção do tumor. A probabilidade de sobrevida em 24 meses foi de 82% (100% para o estágio I e II; 66,6% para o estágio III e 60% para o estágio IV). A sobrevida livre de neoplasia aos 24 meses (21 pacientes) foi de 76,2%. Quanto ao atual status existe 23 pacientes em remissão completa, houve 5 óbitos e 1 paciente com evolução desconhecida por abandono de tratamento.

RESUMO 242

BRAQUITERAPIA EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Novaes P.E.R.S., Ladeia F.T., Peres O., Camargo B., Giannotti C.B.A., Bianchi A. e Pereira A.J.

Os autores reportam a experiência dos Departamentos de Radioterapia e Pediatria do Hospital A.C. Camargo/F.A.P. no período de janeiro/1980 a junho/1986, no tratamento de 13 pacientes portadores de neoplasias, menores de 15 anos, através de diferentes técnicas de braquiterapia. As técnicas braquiterápicas variaram em função de cada caso sendo realizadas através de implante permanente com sementes de Au¹⁹⁸ (7 casos), implantes removíveis com fios de Ir¹⁹² ou agulhas de Cs¹³⁷ (4 casos) e moldes radiativos superficiais (2 casos).

Doze pacientes eram portadores de sarcomas de partes moles e uma paciente portadora de carcinoma embrionário vaginal.

A faixa etária variou dos 3 meses aos 14 anos. Controle local da doença foi obtido em doze dos treze pacientes, sendo 4 com sobrevida superior a 52 meses e bom resultado estético e oito com seguimento inferior a 50 meses.

Observou-se apenas uma falha local em paciente tratado com sarcoma de tecidos moles da região palmar.

Em todos os casos a poliquimioterapia sistêmica foi utilizada em associação ao tratamento local.

RESUMO 243

RADIOTERAPIA EM CRIANÇAS. INDICAÇÃO PARA ANESTESIA GERAL INALATÓRIA?

Eduardo Lami

Instituto Nacional de Câncer — RJ

Um número crescente de crianças abaixo de cinco anos tem sido encaminhada para tratamento radical ou complementar pelas irradiações no INCa. Elas são incapazes de cooperar necessitando imobilização farmacológica para o sucesso do tratamento. Vários esquemas foram utilizados como cloral hidratado, coquetel Brompton e quetamina via IM, todos apresentando em comum resposta individual imprevisível e sedação prolongada, em muito interferindo com a nutrição das crianças. Vinte por cento das sessões foram adiadas pela presença de processo inflamatório agudo das vias aéreas e por falta de condições clínicas.

Analisamos então 284 anestésias realizadas em 21 crianças com halotano + oxigênio sob máscara, com ventilação espontânea. Cada criança recebeu em média 23 anestésias, sendo que todas foram encaminhadas para as suas residências, 30 minutos após a radioterapia, acordadas. Não houve complicação anestésica. A anestesia não interferiu com o estilo de vida das crianças.

O tratamento pelas irradiações não foi mais interrompido em nossa instituição após o uso da anestesia inalatória.

RESUMO 244

ESTUDO DOS RESULTADOS OBTIDOS DO TRATAMENTO DOS PACIENTES PORTADORES DE TUMOR DE WILMS ESTÁDIOS CLÍNICOS I E II

Rosane do Rocio Johnsson, André Augusto J. G. de Moraes, Sebastião Cabral Filho, Maria Nunes Álvares, Maria do Carmo de Lima R. Vieira, Flávia Ferretti Santiago, Jorge Luis Saade Cormane, Mary da Silva Thereza, Eduardo Carvalho Brandão, Eduardo Nascimento, Eugenio Baumgratz Lopes, João Augusto Moreira Teixeira, Nedda Maria Vasconcelos Novaes e Wagner Brant Moreira

No presente trabalho é feita uma análise de 24 pacientes de Tumor de Wilms registrados nos Serviços de Oncologia Clínica da Santa Casa de Misericórdia e no Centro de Quimioterapia Antilástica do Hospital Belo Horizonte, no período de novembro/73 a dezembro/85. Estes pacientes foram tratados com cirurgia, Radioterapia pós-operatória e Quimioterapia com Actinomicina D e Vincristina por 12 a 15 meses. O intervalo livre de doença a 2 e 5 anos foi respectivamente 63% e 58% e a sobrevida 69% e 64%. Os resultados são comparáveis com a maioria da literatura e um pouco abaixo dos estudos multiinstitucionais realizados nos Estados Unidos. Espera-se que os dados ora apresentados possam servir de parâmetros em busca de melhores resultados e na organização de estudos nacionais.

RESUMO 245

TUMORES PEDIÁTRICOS — EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE ONCOLOGIA DA PUCRS

Elisabeth Nielsen Palmeiro, Adalberto Broecker Neto e Nelson Kalil

Serviço de Oncologia da PUCRS, Porto alegre, RS

O Serviço de Oncologia da PUCRS é um serviço de Oncologia, Clínica Geral, atendendo casos de tumores na infância, excetuando-se as leucemias. O objetivo é conhecer as características

gerais desta população e sua evolução. Foram estudados 82 casos de tumores pediátricos do Serviço no período de janeiro de 1979 a junho de 1987, sendo 35 do sexo feminino e 47 do sexo masculino. Setenta das crianças tinham idade igual ou inferior a 6 anos. O seguimento médio foi de 32 meses e só houve 4 casos de abandono (48%). Sessenta e cinco por cento dos casos tiveram seu tratamento totalmente sob a orientação do nosso serviço. A distribuição quanto ao diagnóstico foi o seguinte: Tumor de Wilms 39%, Linfomas Malignos 22%, Neuroblastomas 12%, Tumores Ósseos 11%, Sarcoma de Partes Moles 9% e outros 7%. Oitenta e nove por cento das crianças foram submetidas a quimioterapia. Houve 14 (17%) óbitos e 52 (67%) das crianças estão sem a doença, com um seguimento médio de 42 meses. A nossa porcentagem de crianças tratadas até 1984 que entraram em remissão completa é de 71%. Um exemplo de diagnóstico precoce, terapia adequada e total adesão ao tratamento são as 7 crianças com Linfomas de Hodgkin: mais de metade dos casos em estágios iniciais, todas tratadas sob a orientação do Serviço de Oncologia (químio e radioterapia) e estão em remissão clínica completa, com um seguimento médio de 4 anos. Observou-se um aumento de encaminhamento de crianças ao serviço nos últimos anos. Nossos resultados estão de acordo com os da literatura e ratificam o conceito que as remissões e a sobrevida estão aumentando em Oncologia Pediátrica.

RESUMO 246

GASTRECTOMIA SUBTOTAL POR CÂNCER DO ESTÔMAGO

Rafael A. Possik, Dirceu A. Silva Jr., Delmas R. R. Pires, Durval R. Wohntath, Mário Asai, Renato S. L. Cappellano e Alfredo Abrão

Dept.º C. Abdominal — Hospital A. C. Camargo — FAP

Apresenta-se a técnica utilizada desde 1970, no Departamento de Cirurgia Abdominal do Hospital A. C. Camargo da Fundação Antonio Prudente em São Paulo.

A gastrectomia subtotal é realizada naqueles pacientes portadores de tumor do antro gástrico e que não ultrapassa a "incisura angularis".

Retira-se toda a pequena curvatura. O grande e pequeno epíploons são ressecados em monobloco, assim como os linfonodos da artéria hepática e tronco celíaco.

A reconstrução é feita em Y de Roux, transmesocólica.

RESUMO 247

ESTADIAMENTO CIRÚRGICO NA DOENÇA DE HODGKIN

Rafael A. Possik, Dirceu A. Silva Jr., Delmas R. R. Pires, Durval R. Wohnrath, Mário Asai, Renato S. L. Cappellano e Alfredo Abrão

Apresenta-se a técnica cirúrgica utilizada desde 1970, no Dept.º de Cirurgia Abdominal do Hospital A. C. Camargo da Fundação Antonio Prudente em São Paulo. Este estadiamento nos pacientes já comprovadamente estágio IV.

A esplenectomia só não é feita nas crianças com idade menor que 5 anos.

Nas mulheres e crianças fazemos preferencialmente a incisão transversa supra-umbilical.

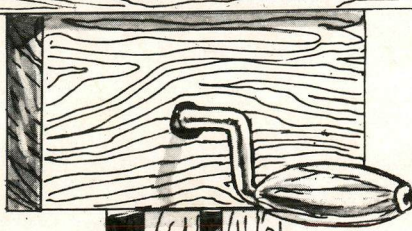
O estadiamento cirúrgico consiste de: esplenectomia; biópsias hepáticas; biópsias de linfonodos de hilo esplênico, de hilo hepático, de mesocólon, de mesentérico, paraaórtico, ilíacos direito e esquerdo; além de biópsias das cristas ilíacas.

Nas mulheres antes da menopausa fazemos a fixação dos ovários retrouterina e colocamos um clipe de prata indicando a sua posição.

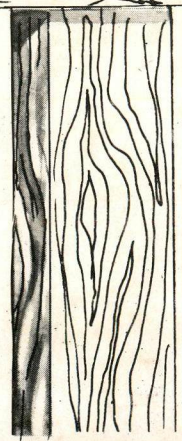
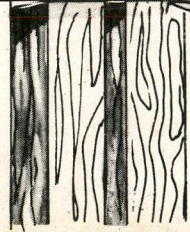
Em todos os casos coloca-se também um clipe de prata no hilo hepático.



Clássico, mas... atual **METICORTEN**
PADRÃO EM CORTICOTERAPIA



Schering



A solução completa
na dor severa

Temgesic

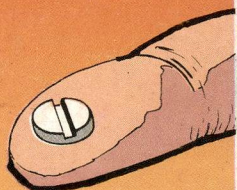
Buprenorfina

- É o único analgésico potente apresentado por via sublingual.
- Seu poder analgésico é superior ao da morfina e significativamente superior ao da meperidina.
- Proporciona maior duração de ação (6 a 8 horas).
- Baixo risco de dependência e outros efeitos colaterais.

O ÚNICO COM 2 APRESENTAÇÕES



INJETÁVEL



SUBLINGUAL

Indicações

- Na dor crônica do paciente oncológico
- No pós-operatório
- Na dor do infarto agudo do miocárdio
- Nos traumatismos
- Nas dores moderadas a severas em clínica geral

Pesquisa e Qualidade

Schering

Segurança Terapêutica