

SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA DO PROFESSOR RUBIÃO MEIRA

RETÍCULO ENDOTELIOMA DO RIM

REINALDO CHIAVERINI
(Doutorando)

Os neoplasmas renais, se bem que não sejam afecções muito raras, apresentam um grande interêsse sob o ponto de vista da sua sintomatologia clínica e diagnóstico diferencial. Tendo-nos sido dado o ensejo de observar um caso que reputamos muito instrutivo no serviço de Clínica Médica do Prof. Rubião Meira, resolvemos divulgar essa observação pessoal, ilustrando-a com alguns comentários a respeito do diagnóstico dos neoplasmas renais. Excluimos propositalmente do nosso trabalho considerações anátomo-patológicas, não só por ser a anatomia patológica das neoplasias renais uma questão muito complexa e, em vários pontos, ainda muito debatida, como sobretudo pelo fato de o caso presente se prestar a considerações mais profundas a êsse respeito, não tendo ainda sido ultimado o seu estudo nesse sentido.

Resumo da observação clínica. .M. R., lavrador, espanhol, casado, de 56 anos, procedente de S. Paulo. Este doente entrou, em Maio de 1934, na Il. M. H., queixando-se de hematúria, que datava de seis meses, e dor no membro inferior direito, que datava de 40 dias.

História pregressa da moléstia atual. — Ha mais ou menos seis meses, um dia, subitamente, começou a urinar côr de caldo de feijão. Após isto voltou a urinar normalmente durante mais ou menos duas semanas. Passado êsse tempo urinou tres vezes sangue no intervalo de uma hora. Daí por diante urinava sempre, de vez em quando, urina sanguínea, sem que isto estivesse relacionado a esforços, comoções, etc. Tomou algumas ervas caseiras com as quais melhorou durante dois meses. Por essa época começou a sentir uma dor forte, em forma de pontada, na fossa ilíaca esquerda, irradiando-se para a região inguinal do mesmo lado, assim como dor na região lombar esquerda. Recomeçou a urinar, então, mais frequentemente, sangue, que formava coágulos, os quais chegavam a obstruir o canal (sic):

(1) Trabalho apresentado no Departamento Científico em 16 de Maio de 1935

depois de urinar calmava-se-lhe a dor. Ha mais ou menos 40 dias, começou a sentir forte dor em todo o membro inferior direito, dor essa que se iniciava na região lobar direita, terminando na extremidade inferior do membro.

Interrogatório sobre os diferentes aparelhos. — Desde o início da moléstia sente grande falta de apetite e constipação intestinal, sendo necessárias constantes lavagens intestinais afim de poder evacuar. Nos demais aparelhos nada que interesse ao caso.

Antecedentes pessoais. — Emagrecimento acentuado sem se poder precisar de quanto. Nega antecedentes venéreo-sifilíticos.

Antecedentes familiares e hereditário. — Nada que interesse ao caso.

Exame físico geral. — Trata-se de um indivíduo de sexo masculino, tipo morfológico mediolíneo, em estado caquético, mantendo-se perenemente de cama e não se podendo sustentar de pé. Mucosas muito descoradas. Palpam-se gânglios submaxilares e ínguino-crurais de ambos os lados, duros e não dolorosos.

Exame físico especial — **Aparelho respiratório:** nota-se apenas, á percussão, sumassicez na base esquerda.

Aparelho circulatório: nada digno de nota.

Abdomem: o exame do abdomen revela um grande tumor, duro, doloroso, bocelado, tomando o hipocôndrio e flanco esquerdos, papável na região lombar correspondente, com nítido rechaço e móvel respiratoriamente; não ultrapassa internamente a linha mediana; nas restantes visceras do abdomen nada digno de nota.

Coluna: dor intensa á percussão das sínfises sacro-iliacas e coluna sagrada.

Sistema nervoso: reflexos tendinosos dos membros inferiores exaltados; reflexo cutâneo-plantar do pé normal; não ha clonus da rótula nem do pé

O exame radiológico dos rins, feito pelo Dr. Paulo Toledo revelou o seguinte. (Fig. 1). "Rim esquerdo muito aumentado de volume, atingindo o seu polo inferior a altura do disco entre a quarta e quinta lombares. Bacinete deformado e comprimido para baixo. Compressão interna do cálice superior, que se mostra afilado. Aspetto normal dos cálices inferiores. Diminuição da capacidade de eliminação do constraste á esquerda. Aspetto normal do rim, bacinete e cálices á direita. Ausência de imagens calculosas. Coluna: "processo ósseo eminentemente destrutivo localizado ao nível da asa direita do sacro, interessando também o corpo da quinta vértebra lombar, que se encontra achatado. As bordas do processo são pouco nítidas, sem reação óssea apreciável."

O doente veio a falecer alguns dias após á sua entrada.

A necrópsia feita pelo Dr. P. Toledo revelou a existência (Fig. 2), de um enorme tumor no polo superior do rim esquerdo, englobando a suprarenal, assim como o corpo do pâncreas e a segunda porção do duodeno. Metástases arredondadas, de ta-

(Fig. 1)
Metástase na quinta
lombar e aspeto das
cálices inferiores do
rim esquerdo desvia-
dos para baixo.



(Fig. 2)
Tumor isolado

manho variado em ambos os rins (Fig. 3), no fígado e nos pulmões. Grandes metástases tomando todo o corpo da quinta vértebra lombar, assim como a asa direita do sacro (Fig. 4). O exame histopatológico, a cargo do Dr. Cerrutti, está sendo ultimado, mas desde já permite enquadrar o caso entre os retículo-endoteliomas.

SINTOMATOLOGIA CLÍNICA E DIAGNÓSTICO DAS NEOPLASIAS RENAIIS

O diagnóstico de neoplasia renal impõe-se, no caso presente, não apresentando dificuldades, mesmo sob o ponto de vista puramente clínico.

Tres são os sintomas cardiais dos neoplasmas renais: tumor, hematúria e dor.

O tumor é o sinal mais constante de uma neoplasia renal, mas, infelizmente, não é o mais precoce; além disso, quando se trate de uma neoplasia do polo superior do rim, o tumor pode-se desenvolver em direção ao torax e assim passar, ao menos durante um certo tempo, despercebido. Quando isto não se dê, o tumor, conforme vae-se desenvolvendo, vae fazendo saliência para diante. Os neoplasmas malignos podem attingir grandes dimensões, alcançando e ultrapassando a linha mediana. Para se reconhecer o tumor renal pode-se fazer a palpação bimanual: o doente jaz em decúbito semi-lateral, respirando tranquilamente; faz-se pressão, com uma das mãos espalmada, na região lombar ao passo que a outra procede a palpação da parede anterior do abdomen. Dêste modo poderemos abranger o tumor com as duas mãos, verificando ao mesmo tempo o chamado **ballotement renal** de Guyon, ou rechaço, muito nítido, em geral, em caso de tumor renal. Este se distingue ainda por ser duro, liso ou bocelado, firme, tenso, por vezes pseudoflutuante. A mobilidade respiratória não é a regra, mas pode existir, sobretudo nos tumores do lado direito. Particularmente nos tumores do lado esquerdo é interessante verificar-se a sua relação com o colon descendente que, via de regra, vai situar-se adiante do tumor: se se fizer então prévia insuflação de ar no intestino grosso, poderemos verificar a posição do colon, que pode ter grande valor para o diagnóstico diferencial. Do lado direito o tumor apresenta-se massiço, massicez essa que se limita superiormente por uma área de sonoridade, que a separa da massicez hepática, e anteriormente é interrompida pela sonoridade cólica.

A hematúria é muito constante nos tumores dos adultos, faltando com maior frequência nos tumores das crianças: segundo Forgue a hematúria falta em um terço dos tumores dos adultos e nos três quartos dos tumores das crianças. Outros autores

admitem maior frequência da hematúria: assim Marion e Israel, citados por A. Paulino, encontraram hematúria, em cancer do rim, respectivamente em 80% e 92% dos casos. Como quer que seja, é um sintoma muito importante e, por vezes quando o tumor se desenvolve na parte superior do rim, oculto por sob as costelas, pode constituir um sintoma precoce de importância especial. São interessantes os caracteres desta hematúria, que é classificada de **caprichosa** pela maioria dos autores: de fato ela sobrevem muitas vezes sem causa aparente, podendo outras vezes estar relacionada a traumatismos, a esforços, a comoções; tem o caráter das hematúrias totais, corando uniformemente a urina de uma micção; pode ser mais ou menos intensa; dura horas, dias, ou mesmo semanas, para depois desaparecer subitamente, também sem causa apreciável (são, portanto, verdadeiras crises de hematúria); em geral é desacompanhada de dor, a não ser que surja dificuldade na passagem de grandes coágulos sanguíneos pelas vias urinárias, podendo então haver verdadeiros acessos de cólica renal com hematúria, confundíveis com os que se observam na nefrolitíase. Juntamente com o sangue aparecem na urina albumina, cilindros, raramente células neoplásicas; Israel também descreve como sinal muito importante pequenos coágulos, finos, com estroma fibrinoso, contendo glóbulos vermelhos, grandes esferas fibrinosas, epitélios atípicos.

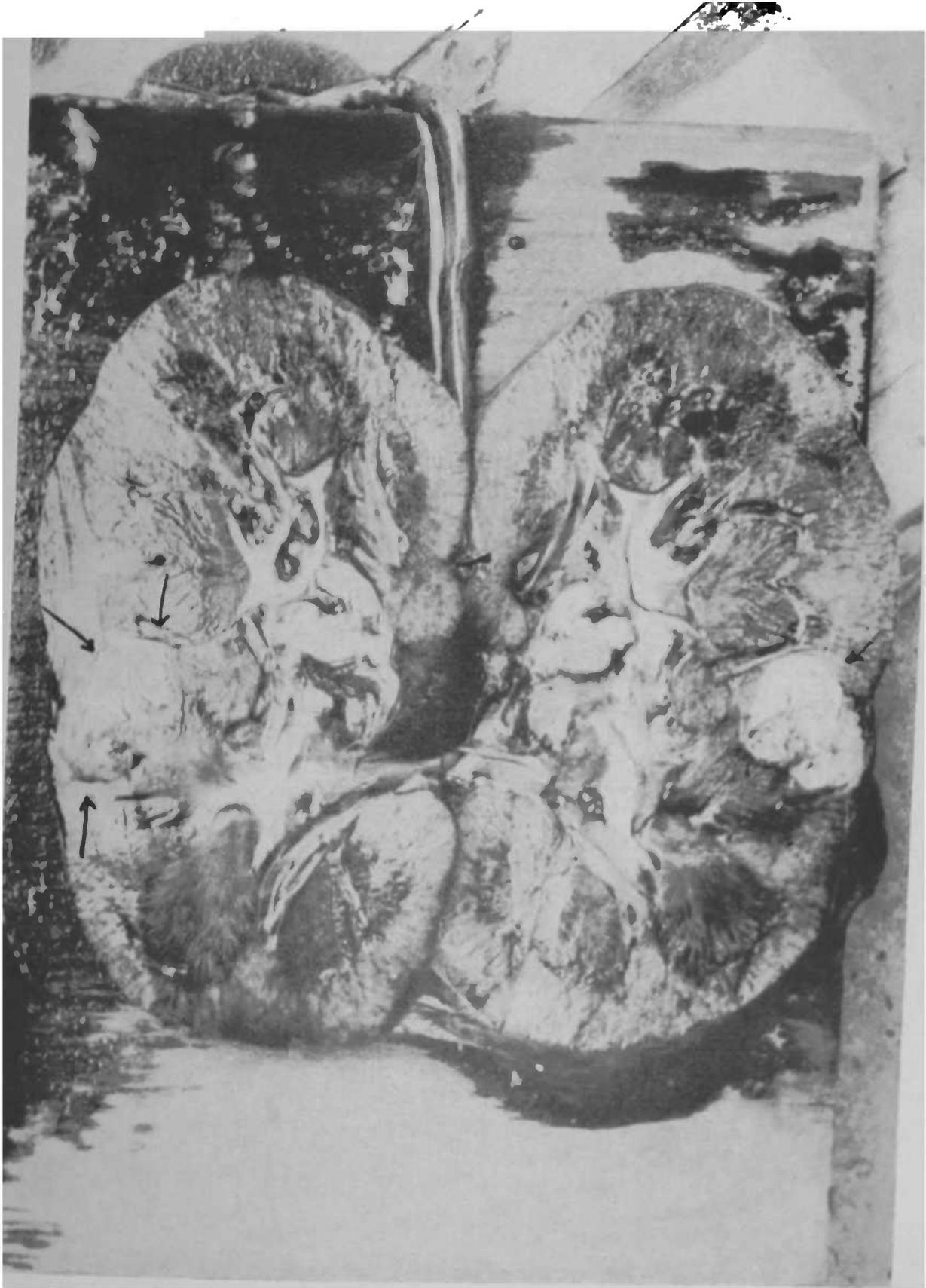
A dor, nas neoplasias renais, é inconstante, vaga, pouco característica. Por vezes toma a forma de uma nevralgia intercostal ou lombar. Já citámos a possibilidade de acessos em forma de verdadeiras cólicas.

O neoplasma renal pode ser acompanhado de outros sintomas menos constantes quais a varicocele, devida á compressão do tumor ou das massas ganglionares sobre as veias espermáticas (sinal de J. L. Petit-Guyon); estado febril; síndrome de oclusão da veia cava inferior (edema da metade inferior do corpo); compressão do diafragma e do intestino; sintomas addissonianos; exsudato pleurítico do mesmo lado do tumor; caquexia; anemia secundária.

Não devemos finalmente esquecer o grande auxilio que nos pode prestar a pielografía, que nos mostra importantes deformações do bacinete.

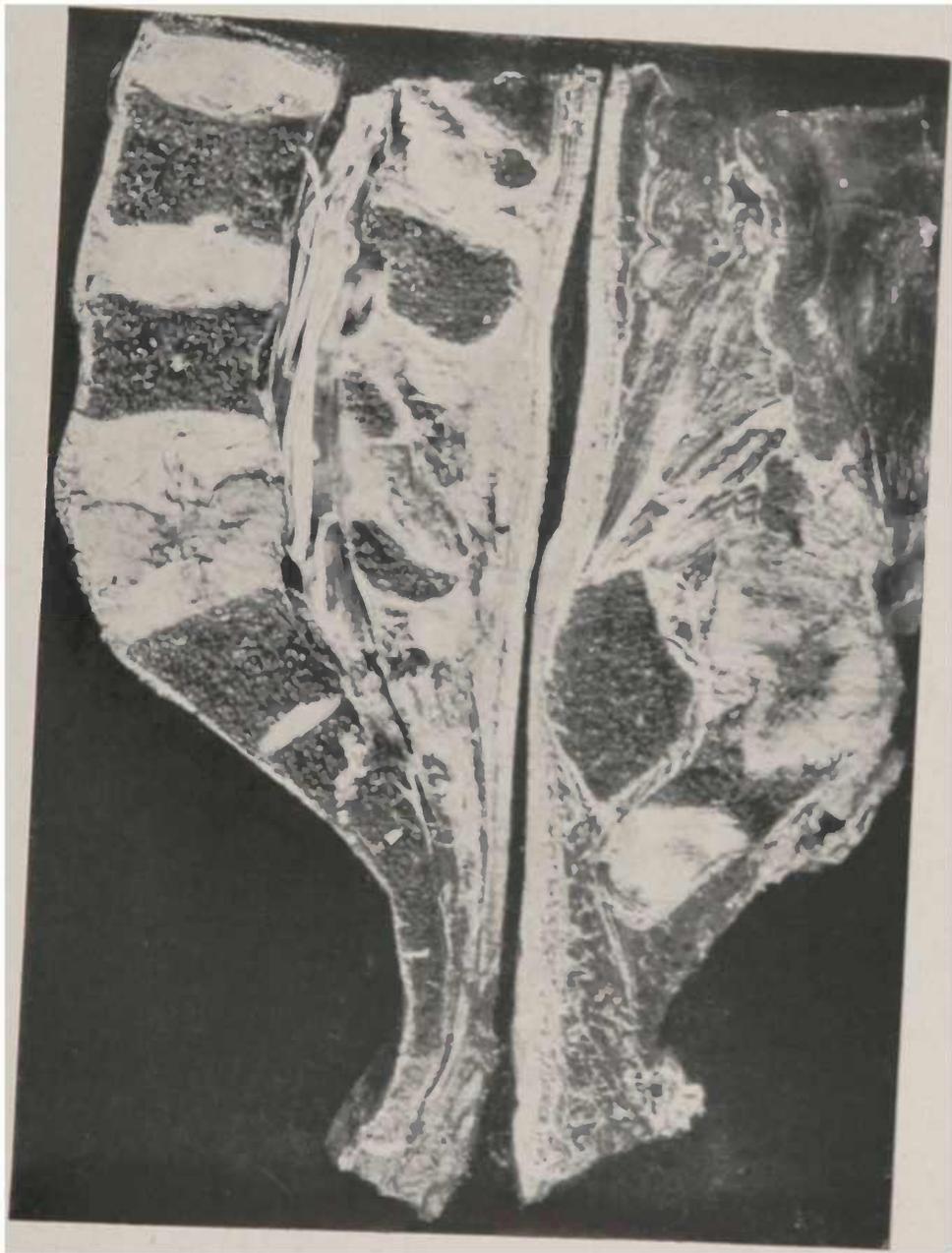
O diagnóstico do neoplasma renal é relativamente fácil quando existam os três sintomas principais indicados acima: tumor, hematúria e dor. Quando isso não acontecer, tres são as hipóteses que se podem dar na prática: a) ha tumor e hematúria; b) ha tumor sem hematúria; c) ha hematúria sem tumor.

a) As hemorragias acompanhadas de tumor palpável bastam, em geral, para excluir os tumores extra-renais. São tres en-



(Fig. 3)

Rim Direito — Metastases tumoraes



(Fig. 4)

tão as principais hipóteses que podem ocorrer ao espírito do clínico: neoplasia renal, litíase e tuberculose renal. Estas duas últimas afecções, em geral, não aumentam de muito o volume do rim e, por outro lado, são acompanhadas de sintomas outros que podem facilitar o diagnóstico (cólicas, piúria, etc.). Mais difícil é o diagnóstico diferencial com a hidronefrose calculosa com hematúria, diagnóstico esse por vezes só possível na mesa de operação.

b) Quando haja um tumor sem hematúria é necessário determinar-se, em primeiro lugar, se o tumor pertence ou não ao rim e, no caso de ser renal, saber-se se é ou não de natureza neoplásica.

Nem sempre é fácil saber-se com certeza se o tumor é ou não do rim. No lado direito devemos distingui-lo de um tumor do fígado, da vesícula, do ângulo hepato-cólico, da cabeça do pâncreas, principalmente. O diagnóstico diferencial se baseia nos caracteres já acenados do tumor renal (área de sonoridade entre o tumor e a massicez hepática, sonoridade adiante do tumor renal, rechaço, contato lombar do mesmo). No lado esquerdo devemos distingui-lo de um tumor do baço, do ovário, do ângulo espleno-cólico, do útero, principalmente. O diagnóstico então se baseia sobre a palpabilidade ou não da borda inferior do baço, sobre a posição anterior do colon descendente e ainda pelo fato de o tumor renal descer em direção ao diafragma desde que se coloque o paciente na posição de Trendelenburg.

Provado que o tumor é do rim, devemos provar a sua natureza neoplásica, excluindo a tuberculose renal (que em geral não aumenta muito e até pode determinar a diminuição do volume do rim), a calculose renal, a hidronefrose e a pionefrose, principalmente: exames suplementares de laboratório, que não cabe aqui esmiuçar, e radiológicos permitirão, em geral, a resolução do caso.

c) Quando haja hematúria sem tumor é necessário determinar-se antes do mais se ela é ou não renal; no caso de ser renal verificar-se de qual rim provem o sangue; e, identificado o rim, procura-se saber se a hematúria é ou não devida a um neoplasma.

Seria muito longo fazer o diagnóstico diferencial da hematúria. Diremos apenas que o melhor processo para saber-se a proveniência do sangue na urina baseia-se na cistoscopia; isto sem esquecer a clássica prova dos tres cálices que já nos pode dar uma indicação mais ou menos exata. No caso em que seja averiguada a proveniência renal do sangue, tres são principais hipóteses: tuberculosas, litíase, neoplasma. Os sintomas secundários, os exames complementares de laboratório e radiológicos

permitirão, na maioria dos casos, chegar-se a um diagnóstico exato.

EVOLUÇÃO, PROGNÓSTICO E TRATAMENTO

Os tumores renais são mais comuns na infância e após os quarenta anos de idade. A duração da moléstia pode ir de alguns meses a vários anos, dependendo isto, naturalmente, da maior ou menor malignidade do processo neoplásico: de um modo geral, porém, pode-se afirmar que os tumores renais se desenvolvem lentamente. Muito importantes são, no decorrer da sua evolução as metástases, frequentes para o lado do fígado, dos pulmões, do cérebro, dos ossos; isto tem tanto maior importância porquanto, por vezes, estas metástases, pela intensidade e multiplicidade dos sintomas decorrentes, podem ocultar completamente o tumor primitivo.

O prognóstico é mau todas as vezes que o adiantamento do processo não permita a intervenção cirúrgica.

O tratamento consiste na nefrectomia, que só é possível quando o tumor não esteja ainda adiantado na sua evolução e quando não haja metástases para outros órgãos. São muito comuns as recidivas post-operatórias. Os acidentes que se devem temer na operação são: choque operatório, hemorragia grande, embolia, colapso cardíaco e insuficiência renal por alteração do rim oposto (Forgue). Tenta-se atualmente a radioterapia.

BIBLIOGRAFIA

- 1.º Almeida Prado A. de. Lições e conferências de clínica médica. Ed. Comp. de Melhoramentos de S. Paulo.
- 2.º Barbacci O. I tumori. Ed. Dr. Francesco Vallardi. Milano 1915.
- 3.º Collet F. J. Précis de Pathologie Interne. Ed. Gaston Doin. Paris 1926.
- 4.º Forgue Prof. E. Compendio di Patologia Chirurgica. Soc. Ed. Libreria. Milano 1930. Vol. II parte II.
- 5.º Kaufmann E. Trattato di anatomia patologica speciale. C. ed. Francesco Vallardi. Milano 1929. Parte II.
- 6.º Matthes M. Trattato di diagnostica differenziale delle malattie interne. C. ed. Francesco Vallardi. Milano 1923.
- 7.º Naegeli Prof. Th. Diagnóstico clínico de los tumores del vientre. Ed. Manuel Marín. Barcelona 1927.
- 8.º Paulino Augusto. Urologia. Comp. ed. Nac. S. Paulo 1935.
- 9.º Quervain dr. F. de. Tratado de diagnóstico quirúrgico. Ed. Labor S. A. Barcelona 1934.
- 10.º Strumpell A. Trattato di patologia speciale medica e terapia. Ed. Franc. Vallardi. Milano 1931. Vol. II, p. I.