

## CHORIO-EPITHELIOMA ATYPICO INCIPIENTE

pelo DR. CARMO LORDY

Com os trabalhos de Marchand, que elucidaram a relação entre a proliferação exagerada do trophoblasto fetal e a formação do chorio-epithelioma, ruíram por terra as multiplas opiniões, mais ou menos engenhosas e erroneas a respeito.

Clinicamente, o chorio-epithelioma é incluído no numero dos tumores de typo maligno, pela invasão e destruição do tecido ambiente e pela frequencia de metastases que determina; mostrando analogia com o carcinoma, tanto mais que, como elle, provem de cellulas epitheliaes e se emancipa do tecido conjunctivo.

No ponto de vista, porem, anatomo-pathologico, tal classificação parece forçada, porque seus elementos são destituídos de stroma e vasos proprios, são essencialmente estranhos ao organismo em que se desenvolvem, sem falarmos dos casos authenticos, apesar de raros, de cura expontanea de taes producções.

O chorio-epithelioma pode provir de restos placentarios depois de parto ou aborto, após semanas, mezes, annos, (9 annos, 22 annos, Koritschoner); porem, uma bôa metade dos casos se desenvolve sobre uma mola hydatica ou vesicular. Si não causa grande embaraço a explicação do maior ou menor periodo de latencia destes elementos, tendo-se em vista seu character parasitario, a difficuldade sobe de ponto quando se pretende determinar o stricto limite entre a mola vesicular e o chorio-epithelioma, onde aquella acaba e este principia.

Na mola hydatica observamos egualmente a exagerada proliferação do ectoblasto fetal, assistimos tambem á infiltração e destruição da parede uterina, á penetração nos vasos sanguineos, á formação de metastases, como no chorio-epithelioma.

Atravez da leitura dos auctores mais especializados no assumpto, percebe-se que subsistem apenas grãos quantitativos e não qualificativos de differenciação entre os dois.

O trophoblasto fetal, em qualquer periodo e particularmente no começo da gravidez, é normalmente dotado de um poder proliferativo e aggressivo, que lhe permite invadir a decidua, infiltrar a musculatura uterina, perfurar vasos sanguineos. Manifesta-se, ás vezes, por todo o organismo uma verdadeira disseminação de cellulas fetaes, mais raramente de inteiras villosidades, além dos casos de eclampsia, em que é attingida a maxima intensidade, como provam as pesquisas de Kossyanow, Lubarasch e de outros.

A esta aggressão, toda physiologica, o organismo materno, como adiante demonstraremos, responde mobilizando seus meios

activos de defeza e, quando estes faltam, sobrevem a manifestação pathologica chorio-epitheliomatosa.

Accentuamos a fragilidade dos traços divisorios entre a mola vesicular e o chorio-epithelioma, porque, diante do caso que vamos apresentar, nosso espirito, não sem alguma justificada hesitação, deixou-se inclinar mais para um chorio-epithelioma em phase ainda incipiente.

A. C., com 20 anns de idade, de constituição physica fraca, poucas semanas depois de um aborto, expelliu uma mola hydatica e, em consequencia das continua metrorrhagias, sujeitou-se, mez e meio depois da expulsão da mola, á extirpação total do utero.

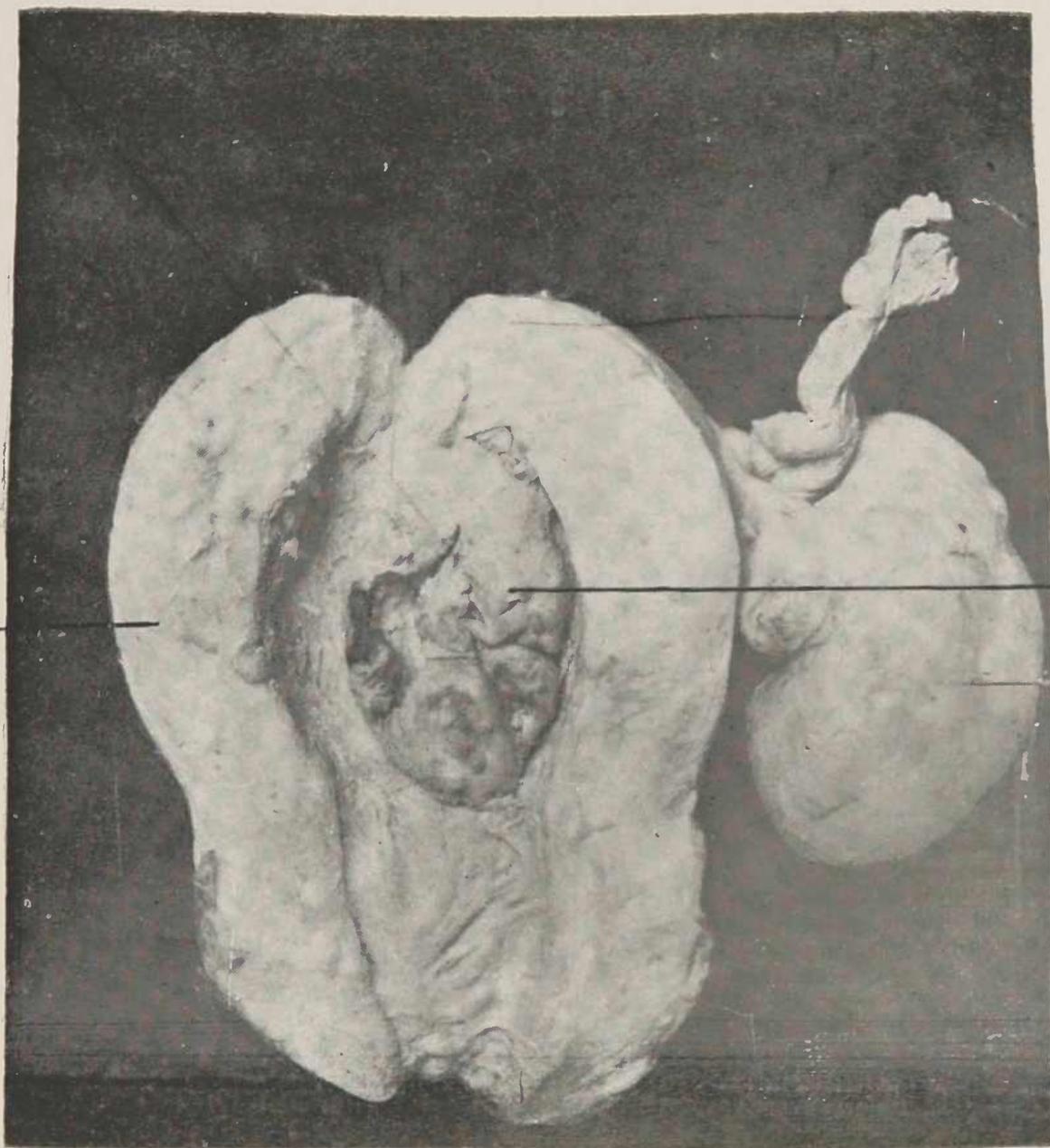
A operação foi praticada pelo Prof. Arnaldo Vieira de Carvalho e a peça anatomica enviada ao laboratorio de Anatomia Pathologica da Faculdade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, para pesquisas.

O utero augmentado de volume tinha 12 c/m de comprimento, sua parede 2 c/m de espessura. A cavidade uterina aberta apresentava um diametro transversal de  $3\frac{1}{2}$  c/m. No fundo da mesma, mais para o lado esquerdo, notava-se uma formação polyposa de larga base de implantação, de superficie exulcerada, de consistencia molle, de coloração roseo-avermelhada, accentuadamente vermelho-escura em alguns pontos correspondentes a pregressas hemorrhagias. Seus diametros eram de  $4 \times 2 \times 1$  c/m.

Foram praticados diversos cortes em differentes alturas, interessando a parte polyposa e a parede uterina ao mesmo tempo, uzando-se os communs meios de fixação, inclusão e coloração.

O que principalmente chama a attenção é o formato, as dimensões e o modo todo particular de infiltração dos tecidos pelas cellulas tumoraes. O aspecto destas cellulas uma vez é alongado, principalmente entre os feixes e cellulas musculares uterinas, ora mais ou menos arredondado, como em meio dos fócios cellulares de inflammação chronica, outras vezes muito variado. Geralmente apresentam grande dimensões, excedendo, ás vezes, de 100 micra e estendendo-se em todo o campo microscopico (com augmento grande). Peculiar a estas cellulas é a maneira de se infiltrar no tecido ambiente, muito differente da dos outros tumores malignos em que se dá commummente a infiltração em blocos mais ou menos espessos. Pode-se neste caso, atravez das camadas superficiaes da musculatura uterina, acompanhar a infiltração numa successão de cellula atraz de cellula, sem stroma e vasos proprios.

Tanto o protoplasma como o nucleo destas cellulas tomam de modo mais intenso a coloração do que as cellulas do



CHORIO EPITHELIOMA ATYPICO INCIPIENTE

- M — Musculatura uterina da parede, espessada
- T — Tumor polyposos na cavidade uterina
- K — Kysto do ovario



meio ambiente. O protoplasma em geral muito abundante apresenta-se muitas vezes irregularmente vacuolizado e com formações hyalinas, arredondadas em seu seio, que relembram os corpusculos de Russel.

Quasi todas as cellulas são mononucleares, havendo entretanto algumas com 2, 3 e mais nucleos. O formato nuclear é geralmente alongado, outras vezes ramificado, de contornos irregulares e extravagantes. Seu tamanho é grande, ás vezes, enorme, apresentando-se, principalmente nas partes mais superficiaes do tumor, em franca degeneração. Nota-se, em não poucas vezes, a existencia de vacuolos geralmente grandes no centro, de modo a obter-se uma hyperchromatose peripherica. Em geral, os nucleos são muito ricos em chromatina e não apresentam estructura visivel. Notamos poucas mitoses e irregulares.

Apezar do polymorphismo, estas cellulas denunciam sua origem: são cellulas synciciaes. Não encontramos cellulas de Langhans.

A parte mais superficial do tumor apresenta-se exulcerada, havendo abundantes fócos hemorrhagicos em meio de feixes finos e grossos de fibrina hyalinizada. Existe ao mesmo tempo uma inflammação chronica, principalmente lymphocytaria e plasmacellular que se estende quasi até onde chega a infiltração tumoral.

Diante dos dados anamnesticos, do exame macroscopico da peça e histologico das preparações, pelos motivos acima exarados, hesitamos si deveriamos considerar esta produção tumoriforme como simples consecuencia evolutiva da mola hydatica expulsa ou antes como phase toda inicial de um chorio-epithelioma. A admittirmos esta ultima hypothese, restava provar a possibilidade de existencia de um chorio-epithelioma constituido apenas por um de seus dois componentes, o *syncitium*.

Os auctores chamam atypicos os chorio-epitheliomas em que se nota apenas o prevalecimento de uma só qualidade de cellulas. Heimann, entre outros, observou dois casos destes.

Schmaus os denomina *synciciomas malignos*.

Si, entretanto, todos se referem á predominancia de um typo cellular sobre outro, ninguem affirma a possibilidade da existencia exclusiva de um só dos dois componentes, como no nosso caso.

Para se explicar a ausencia de cellulas de Langhans, pode-se admittir a hypothese de que no inicio do chorio-epithelioma se desenvolvem apenas as cellulas synciciaes, a que indiscutivelmente o trophoblasto fetal dera seu poder invasivo.

Além de que, nem sempre é facil morphologicamente se determinar uma especie cellular.

Na placenta fetal, distante da placenta materna, encontram-se grupos de cellulas, que alguns auctores classificam como sendo cellulas deciduaes, outros como cellulas de Langhans.

Ora, si subsiste duvida sobre estas cellulas, quando agrupadas, si são ou não cellulas de Langhans, maior incerteza se deverá estabelecer nos casos, como no nosso, em que é apenas possivel que haja uma ou outra cellula destas, porem isolada e ainda não completamente evoluida a ponto de se denunciar histologicamente.

Rezumindo, deporiam contra o nosso diagnostico de chorio-epithelioma atypico incipiente a infiltração apenas celular e não em bloco, a existencia só de cellulas synciciaes e o numero reduzido de mitoses.

Em abono do nosso diagnostico falam a historia clinica (aborto, mola hydatica expellida, metrorrhagias continuas) a existencia de tumor na cavidade uterina, a falta de regeneração da mucosa do utero, que no aborto se dá no maximo seis semanas depois, o grande numero de cellulas e seu polymorphismo. Além disto, existiam no utero predisposições anatomicas para o desenvolvimento do chorio-epithelioma e com muita probabilidade dar-se-ia a evolução completa do tumor si a intervenção cirurgica não chegasse beneficamente em tempo propicio.

Por ser de actualidade, não podemos deixar em silencio a solução da questão dos meios de defesa do organismo materno, estrictamente relacionada com o apparecimento e evoluir do chorio-epithelioma.

Sobre este ponto, pode-se dizer que são tantas as opiniões quantos os auctores que delle se occuparam.

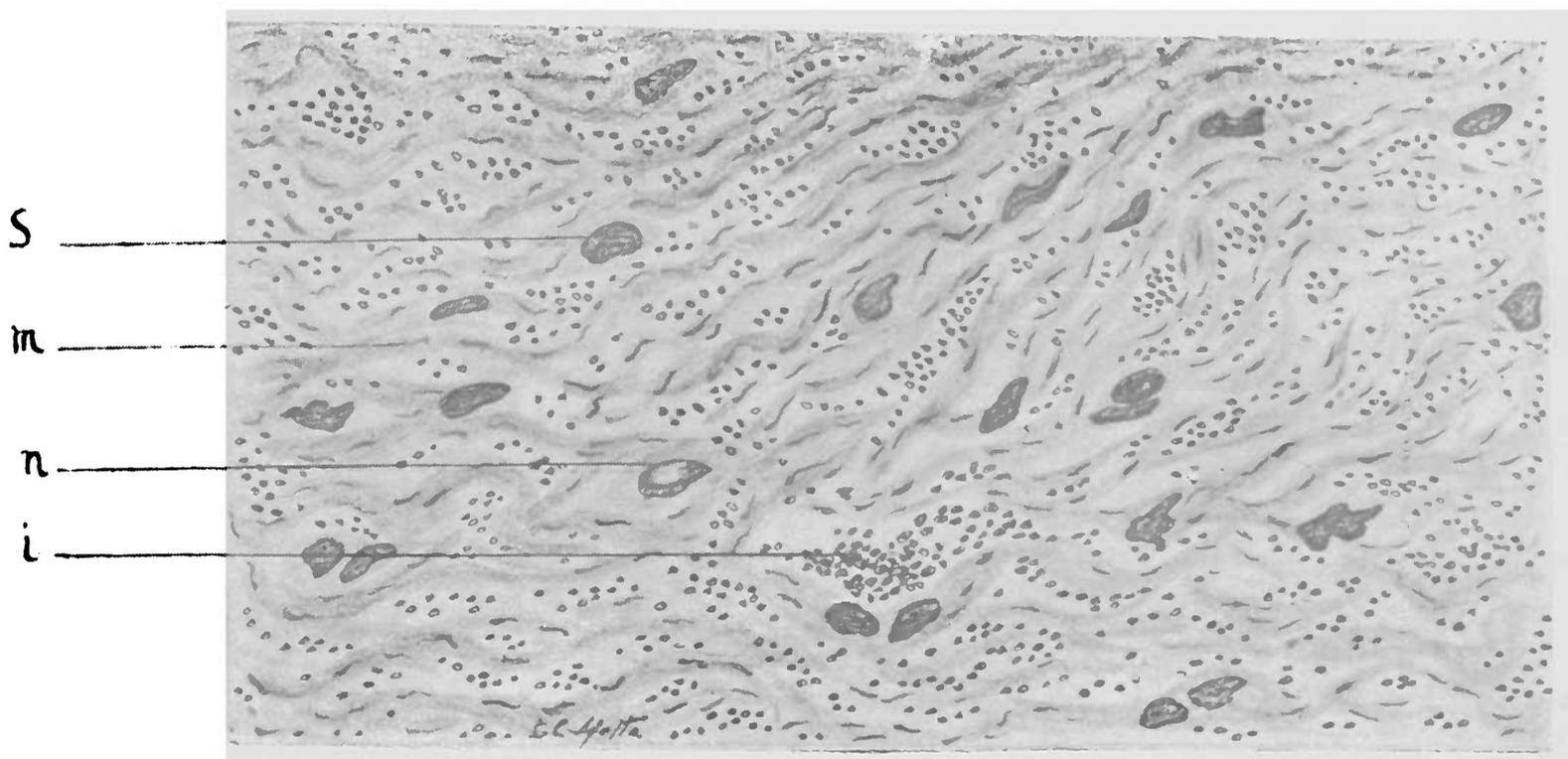
Rezumimos a opinião de O. Frankl, muito recente, baseada em pesquisas e observações, por ser a que mais satisfaz ao espirito.

Os elementos chorio-epitheliomatosos não possuem qualidades histologicas e biologicas diferentes das do epithelio chorial, normal e novo.

Por exames sorologicos praticados por R. Kraus e seus collaboradores e por Liepmann, verificou-se que o soro normal de senhoras gravidas, pode dissolver cellulas fetaes (placenta, fígado, rins) *in vitro*. As cellulas de adultos não são dissolvidas.

O. Frankl poudo observar tres casos de mulheres portadoras de chorio-epithelioma, cujo soro perdéra o poder dissolvente, deixando intactas *in vitro* as cellulas fetaes. O soro destas pacientes tambem não era capaz de dissolver cellulas cancerosas, agindo então, no ponto de vista sorologico, como o soro dos cancerosos.

Fica, assim, a *synciciolyse* collocada numa base exacta e scientifica.



CHORIO EPITHELIOMA ATYPICO INCIPIENTE

- S** — Cellula syncicial
- M** — Cellula muscular lisa
- N** — Nucleo com degeneração vacuolar
- I** — Infiltração lymphocytaria e phasmacellular

