

# Carcinoma metastático do baço

pelos

Drs: A. Penna de Azevedo e Jonio F. de Salles

(Com 17 figuras no texto)

A verificação de metástases de blastomas epiteliais no baço motiva ainda, real interesse para pesquisas.

A incidência do fato é considerada rara, parecendo depender particularmente, do método empregado na colheita e no exame do material, conforme conclusão a que chegaram os vários autores, alguns tendo trabalhado com abundante material.

ASCHOFF informa que a incidência de 1 a 4 %, encontrada em grandes estatísticas para tumores malignos metastáticos do baço, atinge 10 %, quando é realizada uma pesquisa microscópica sistemática daquele órgão.

GEIPEL (1912) apresenta dois casos de carcinoma e dois de sarcoma metastático no baço. Os carcinomas eram um, primitivo do pâncreas e o outro, do útero. Ambos os sarcomas eram originários dos brônquios. É possível que os tumores considerados aqui, como sarcomas do brônquio, fossem, de fato, carcinomas de células indiferenciadas (oat-celled sarcoma). Seis casos de carcinoma metastático do baço, são publicados por CHALATOW (1914). DI BIASI (1926), ao apresentar 15 casos de observação pessoal, em suas conclusões, estabeleceu que em 2.422 casos de carcinomas, colecionados no Instituto de Patologia da Universidade de Berlim, as metástases no baço foram achadas 50 vezes (2,1 %) e são mais comuns no sexo masculino que no feminino.

KRAFT (1926) cita o caso de uma mulher de 49 anos, portadora de tumor na glândula mamária, com propagação para os gânglios regionais. Feito o exame histopatológico, ficou evidenciado tratar-se de um carcinoma da glândula mamária. Praticada, dois meses após, a esplenectomia nesta doente, verificou-se que o baço pesava dois quilos e apresentava, ao exame microscópico, metástases de estrutura semelhante à do tumor maligno primário.

---

\* Recebido para publicação a 25 de novembro e dado à publicidade em dezembro de 1943.

YOKOHATA (1927) em 17.733 autópsias, encontrou a incidência de 1,76 % de metástases carcinomatosas no baço.

SAPPINGTON (1927) é de opinião que as metástases tanto carcinomatosas, como sarcomatosas, são realmente raras no baço. Dá a conhecer, em referência, a seguinte estatística: MARSCHOFF, em 1.078 casos, encontrou oito vezes metástases no baço (0,7 %); GUSSENBAUER e WINWARTER, encontraram 13 vezes em 1.445, necropsias — (0,9 %); BUDAY, em 366 necropsias, quatro vezes (1,9 %); W. MIELEK, em 516 casos, observou metástases em 10 (1,09%); DI BIASI, em 9.761 casos, 182 vezes (1,09 %).

No trabalho de WARREN e HOBSON DAVIS (1934) encontram-se as seguintes indicações estatísticas: ADLER, em 374 autópsias, 4,8 %; HANDLEY em 422, 0,3%; KAUFMANN em 1.078, 0,7%; KETTLE em 240, 3,3%; KRUMBAAER em 930, 2,9 %; PAGET em 735, 2,3%; REICHELMAN em 670, 2,2%; TAYLOR em 677, 1,0%.

Permanece mal determinada a razão pela qual goza, o baço de relativa imunidade no que concerne a blastomas metastáticos. As opiniões distribuem-se em dois grupos: em um deles, a razão invocada está na reação que o tecido esplênico mostra em relação às células blastomatosas; no outro grupo, são considerados argumentos de ordem mecânica, tais a ausência de linfáticos aferentes, o modo de implantação da artéria esplênica no tronco celíaco, bem como as pulsações rítmicas do órgão (DIAL, 1930).

DI BIASI atribui importância a uma possível influência da deficiência alimentar sobre a localização das metástases no baço, considerando que, durante os anos de 1918 a 1923, a percentagem de metástases no baço aumentou de 1,8% para 3,2%.

Apresentamos, a seguir os casos de metástases carcinomatosas do baço colecionados no Serviço de Necropsias, da Secção de Anatomia Patológica do Instituto Oswaldo Cruz. Em quatro deles, houve a verificação macroscópica da metástase; nos restantes a lesão do baço foi reconhecida após o exame microscópico de fragmentos isolados retirados durante a necropsia.

São os seguintes, os casos que tivemos a oportunidade de estudar:

1.º caso A. 2.977 — Dr. A. Penna de Azevedo — 15-3-1937.

J. C. C., masculino, operário, 54 anos de idade, brasileiro, branco.

Diagnóstico anatômico: — Adenocarcinoma da cabeça do pâncreas com metástases no baço, no fígado, no peritônio, na pleura costal esquerda, nos gânglios linfáticos abdominais e no epiploon. Arterioesclerose. Aortite sifilítica. Atrofia parda do miocárdio e do fígado. Petéquias na mucosa do bacinete. Edema dos membros inferiores. Caquexia.

Pâncreas de volume mais ou menos normal, mostrando-se bastante aderente aos órgãos vizinhos. Apresenta na sua espessura, ao nível da cabeça, proliferação de tecido branco úmido, pouco brilhante, de consistência firme, sem áreas de desintegração. Em certas porções, êste tecido neoformado, tem coloração nitidamente amarela.

Na espessura do tumor, que tem aproximadamente o tamanho de uma noz, observa-se em alguns cortes, amolecimento da parte central. O tecido pancreático é de coloração amarelada e de consistência diminuída.

## CASO N. 1

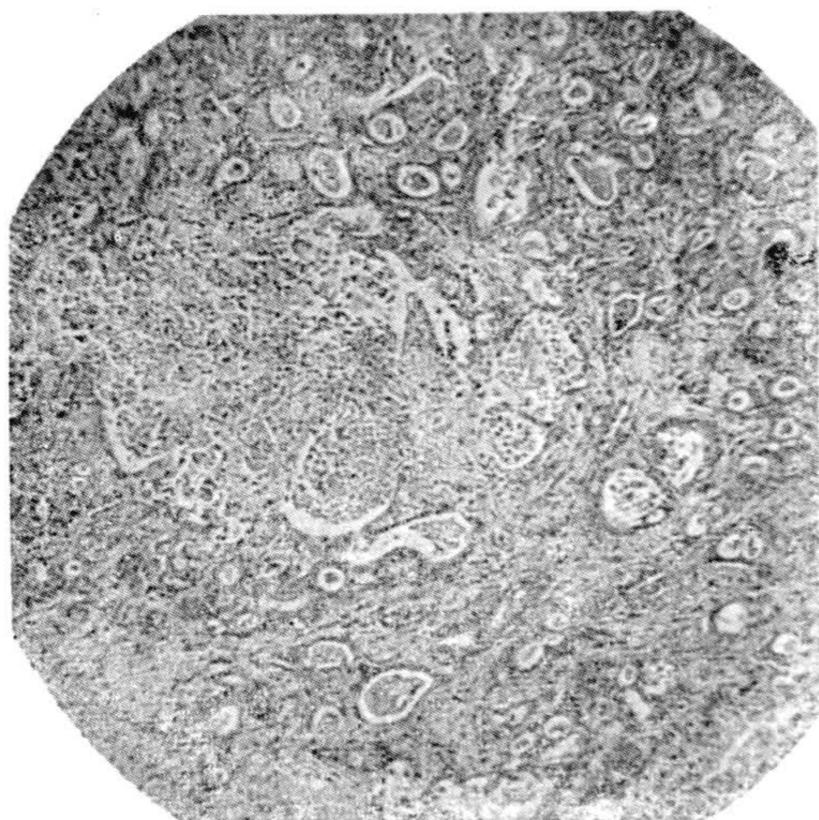


Fig. 1 — Aumento 95 vezes.

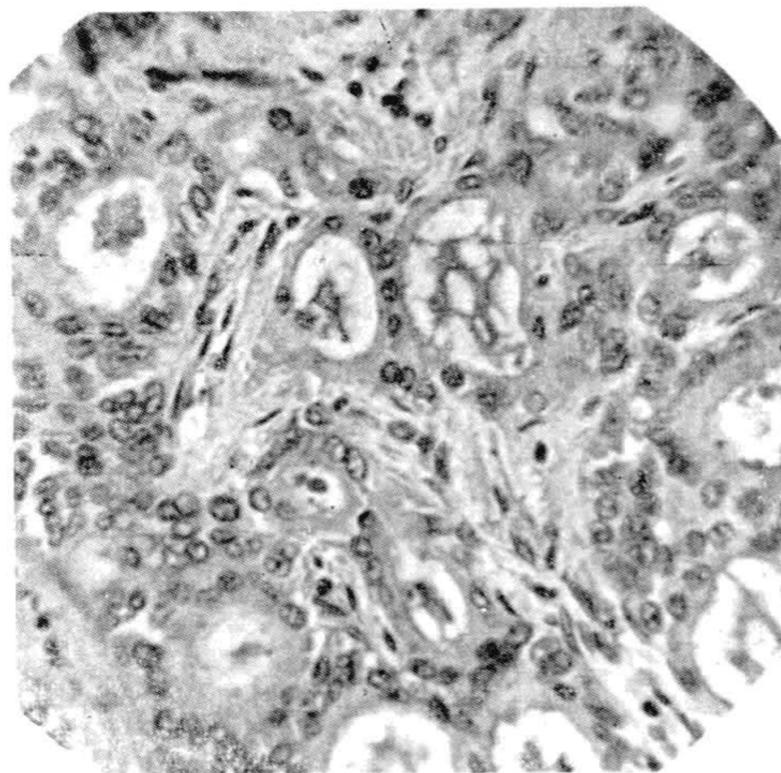


Fig. 2 — Aumento 450 vezes.

Baço medindo 12 x 6 x 2,5 cm. Cápsula espessada e rugosa em tãda a superfície, encontrando-se, proeminentes, quatro nódulos de tecido estranho, dos quais, o maior, é do tamanho de uma avelã. Tais nódulos são constituídos por tecido de cor branca-amarelada, aspecto úmido, amolecidos. Ao corte, a superfície do baço é de cõr vermelho-escura, sendo bastantes desenvolvido o tecido conjuntivo e obscurecido o linfóide. A polpa não é difluente.

O exame microscópico de cortes do baço, revela ligeiro espessamento dos septos conjuntivos, e de modo descontínuo, da cápsula. Igualmente em tãrno dos vasos, existe aumento do tecido fibroso. Os seios venosos mostram-se dilatados; quantidade escassa de pigmento amarelado, no citoplasma de macrófagos. Em certa região, existe uma área mal delimitada constituída por tecido estranho, de estrutura epitelial, as suas células sendo atí-

picas e cilíndricas, mais frequentemente dispostas em uma só camada e adquirindo, em certas formações de estrutura acinosa, aspecto multiestratificado. Zonas de necrose, são observadas na espessura do tumor (figuras 1 e 2).

2.<sup>o</sup> caso A. 3.599 — Dr. C. B. MAGARINOS TORRES — 12-1-1938.

A. J. C., masculino, operário, 34 anos de idade, brasileiro, branco.

*Diagnóstico anatômico:* Adenocarcinoma da vesícula biliar com metástases no fígado, no baço, nos gânglios linfáticos retro-peritoniais, na pleura e no pâncreas. Icterícia. Hiperemia, infiltração gordurosa e tumefação turva dos rins. Degenerescência lipóide das suprarrenais. Dilatação das cavidades direitas do coração. Caquexia.

CASO N. 2

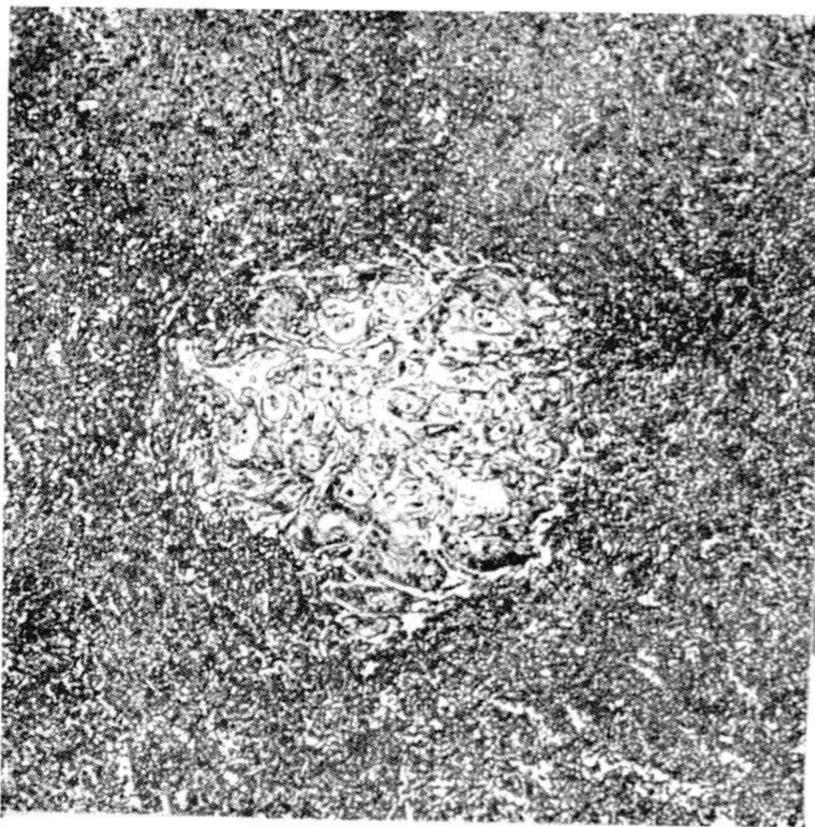


Fig. 3 — Aumento 95 vezes.

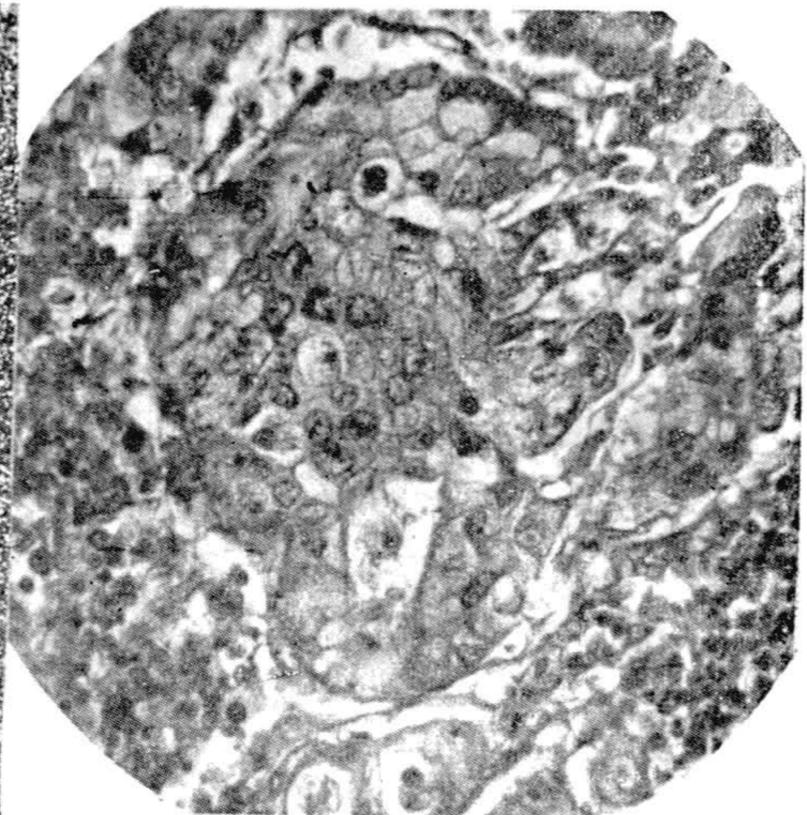


Fig. 4 — Aumento 450 vezes.

Vesícula biliar diminuída de tamanho, tendo as suas paredes espessadas e granuladas. Pela palpação, apresenta-se com o corpo endurecido, sendo que nenhuma bile surge pela compressão no duodeno; aberta a vesícula, encontra-se material espesso amarelo, não existindo cálculos. As suas paredes bastante espessadas, medem 8 mm e em certos pontos, são invadidas por tecido amarelo, sob a forma de nódulos confluentes nitidamente estranhos ao órgão.

Ao microscópio, nota-se a cápsula discretamente espessada, mostrando em alguns campos, ligeira infiltração de células mononucleares. Septos conjuntivos igualmente espessados; seios venosos túrgidos. Folículos linfóides com aspecto normal. Em uma parte do corte, na espessura de um septo conjuntivo, nitidamente espessado, e em certa área do baço (fig. 3) observa-se a presença de blastoma epitelial, formando por células acentuadamente anaplásicas, dispostas em tubos geralmente providos de cavidade central. (fig. 4), não sendo raras na espessura do tumor, as zonas de necrose.

## CASO N. 3

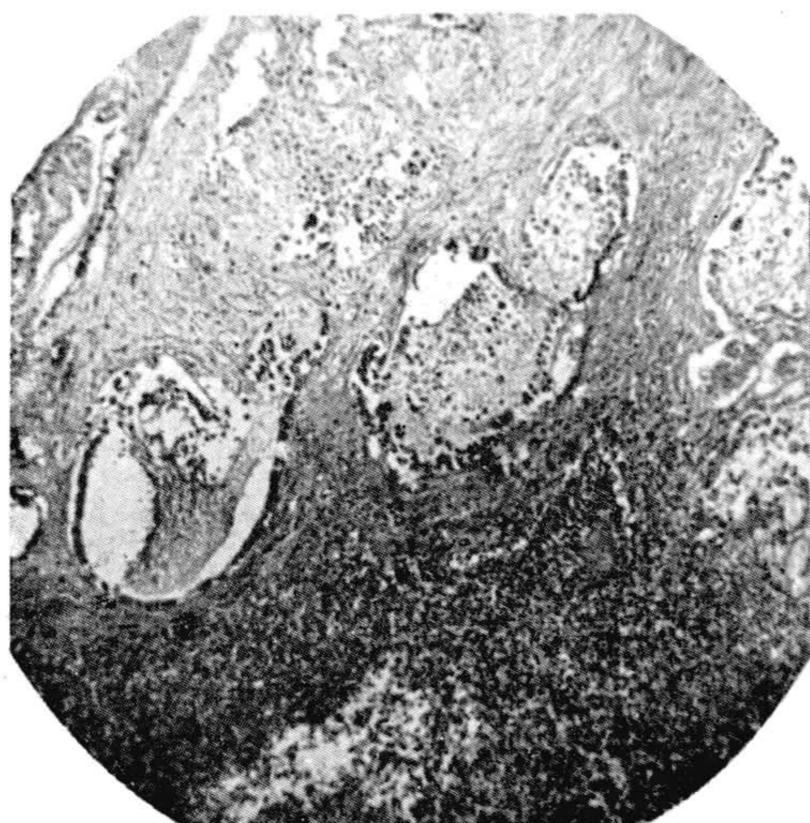


Fig. 5 — Aumento 95 vezes.

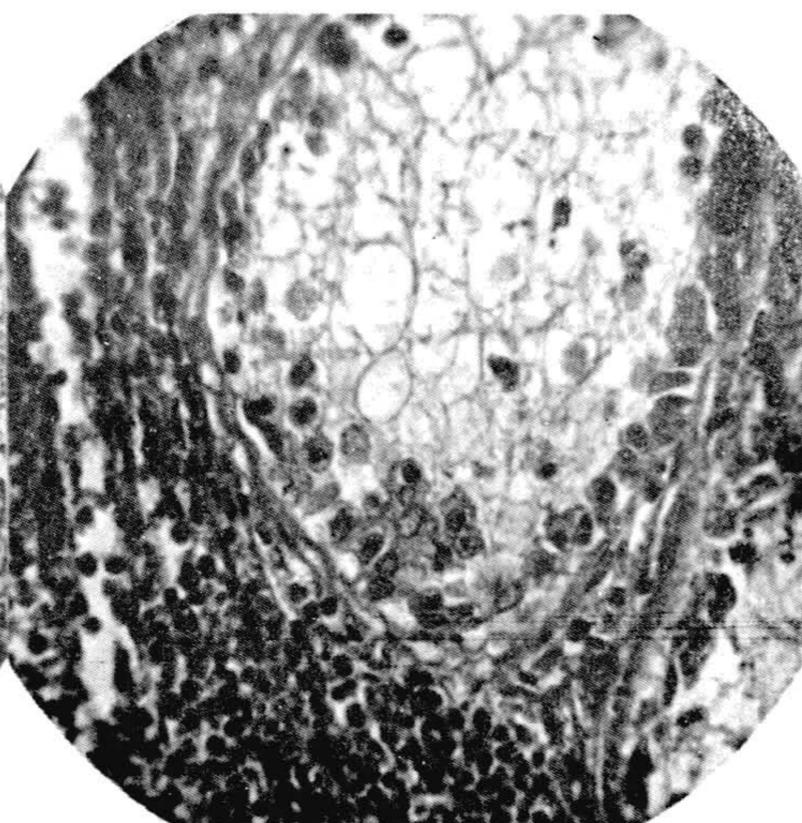


Fig. 6 — Aumento 450 vezes.

3.º caso A. 4.853 — Drs. C. B. Magarinos Torres e J. M. Sampaio, 15-2-1940.

R. A. S., feminino, doméstica, 48 anos de idade, brasileira, branca.

Diagnóstico anatômico: Adenocarcinoma da cabeça do pâncreas, com metástases no baço, no fígado e no peritônio. Pleurite fibrosa crônica adesiva. Atrofia e fibrose do baço. Atrofia parda do miocárdio. Caquexia.

Estômago mostra a mucosa brilhante, de coloração verde-escuro. Nota-se ao nível do piloro, que a superfície do estômago apresenta três depressões convergentes, sem haver contudo, aparente ulceração do tecido. Esta região

do estômago apresenta estreitas relações com a cabeça do pâncreas. Um corte feito nesta região, mostra que o tecido pâncreático é reconhecível, apenas, na porção mais afastada do estômago. Em quase toda a superfície do corte, nota-se tecido branco-acinzentado, com zonas hemorrágicas, o qual substitue o tecido do pâncreas.

Baço diminuído de tamanho, medindo 7,5 x 4,5 x 2 cm. Pesa 58 g. A capsula é espessada de modo uniforme. Consistência firme. Superfície do corte, de cor violácea, mostrando o tecido conjuntivo mais aparente que o normal. Polpa não difluente.

Pelo exame microscópico, nota-se que a cápsula e os septos conjuntivos são normais. Seios venosos congestos e delatados. Discreta hialinose das arteríolas peniciladas; folículos linfóides atrofiados. Existem na espessura do corte, áreas mal delimitadas, de tecido estranho, substituindo a estrutura normal do órgão (figura 5), formado por células epiteliais atípicas, dispostas em cordões ocos, dando ao tumor, o aspecto glandular (figura 6). O blastoma apresenta extensa área de necrose.

4.º caso A. 6.441 — Dr. A. Penna de Azevedo, 29-9-1933.

R. M. C., feminino, lavadeira, moça, brasileira, parda.

*Diagnóstico anatômico:* Adenocarcinoma da glândula mamária. Metástases no baço, nos gânglios linfáticos retro-esternais, axilares direitos, cervicais, traqueobrônquicos, do hilo dos pulmões, nos rins e nos pulmões. Atrofia do coração. Aortite crônica. Esplenomegalia.

A glândula mamária direita foi retirada, existindo em seu lugar, uma extensa cicatriz.

Baço mede 21 x 12 x 7 cm e pesa 780 g. A cápsula é irregularmente espessada. Ao corte, a superfície é vermelho-escura, sendo bastante desenvolvido o tecido fibroso.

Ao microscópio, a cápsula e as trabéculas conjuntivas aparecem ligeiramente espessadas. Polpa vermelha congesta, notando-se em alguns pontos, pequenos focos hemorrágicos. Folículos linfóides, normais.

Na luz de um vaso, em uma trabécula, são vistas células epiteliais cilíndricas atípicas, formando um êmbolo aderente à parede vascular, (figura 7). O tecido assim formado, evidentemente estranho ao órgão, constitue áreas celulares densas, atingidas, por necrose central e esboçando, ocasionalmente o aspecto glandular (fig. 8).

CASO N. 4

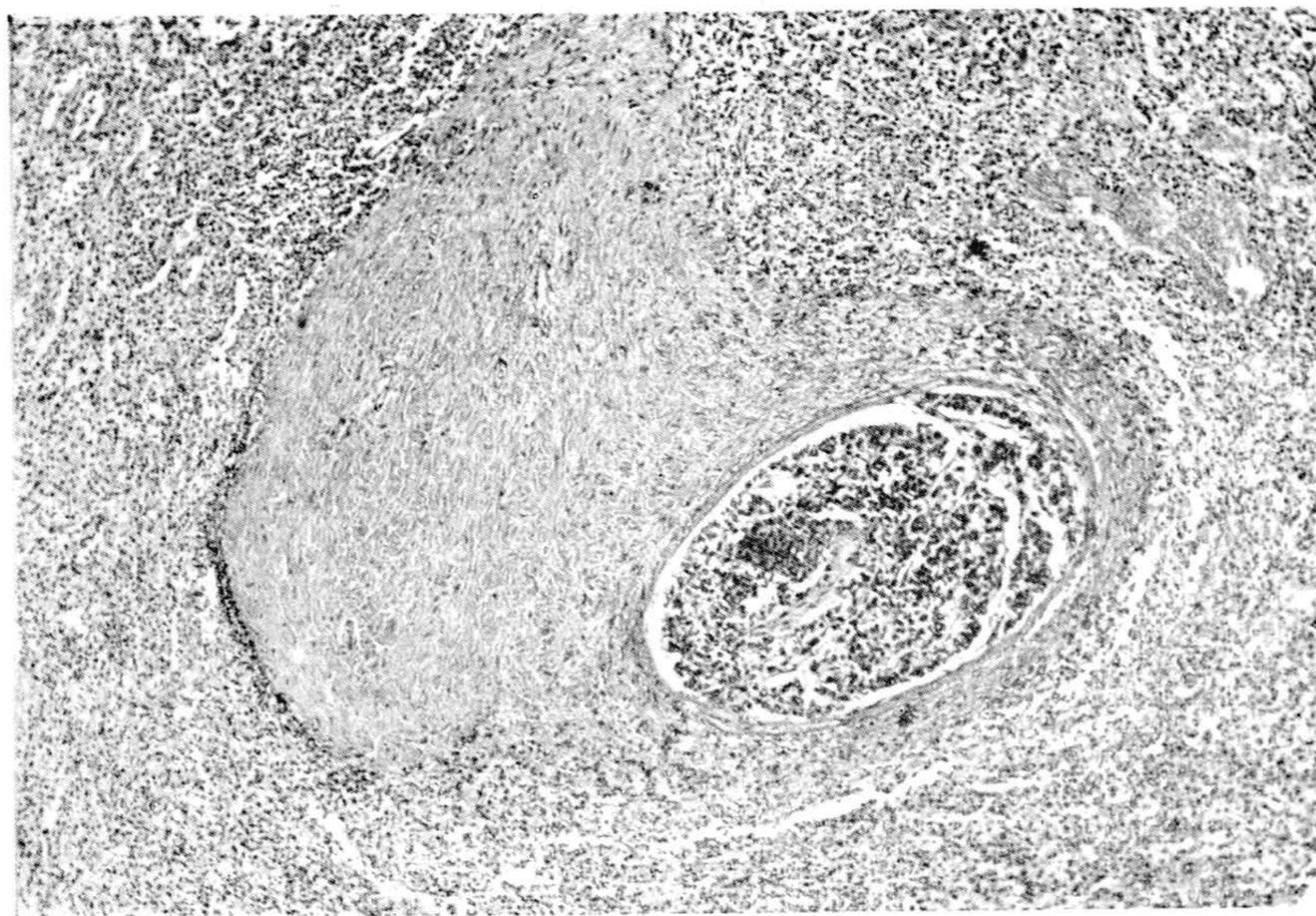


Fig. 7 — Aumento 95 vezes.

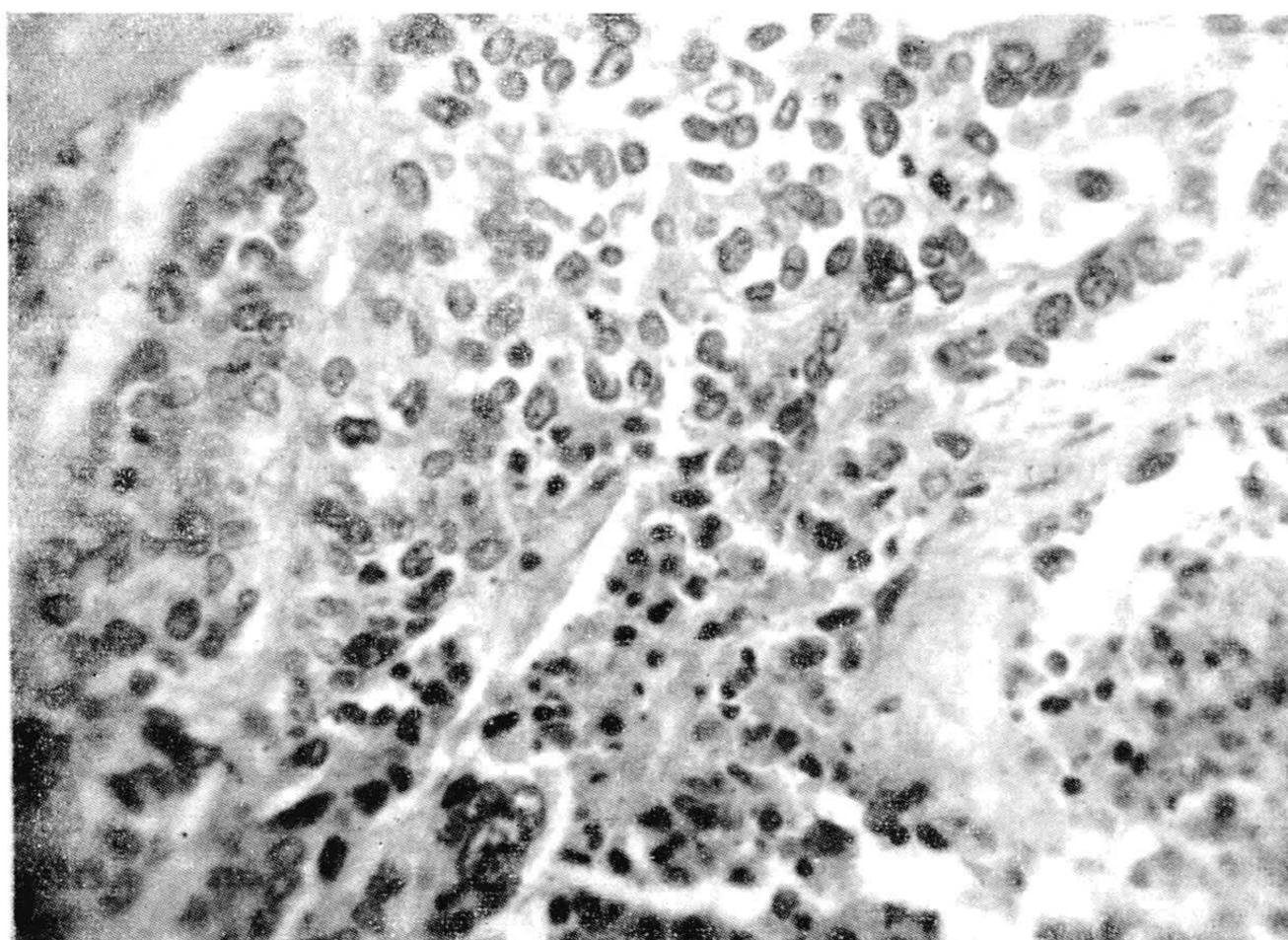


Fig. 8 — Aumento 450 vezes.

Microfotografias de *J. Pinto*.

5.<sup>o</sup> caso A. 6.894 — Dr. A. Penna de Azevedo, 28-10-1935.

C. C. P., feminino, doméstica, 60 anos de idade, brasileira, preta.

*Diagnóstico anatômico:* Adenocarcinoma do pâncreas com metástases no peritônio e no baço. Atrofia parda do miocárdio e do fígado. Ascarirose. Fibromas múltiplos do útero. Edema sub-cutâneo.

Pâncreas fortemente aderente ao estômago, encerrando em sua espessura, massas de tecido estranho, não só ao nível da cabeça, como também, ao nível da cauda.

CASO N. 5

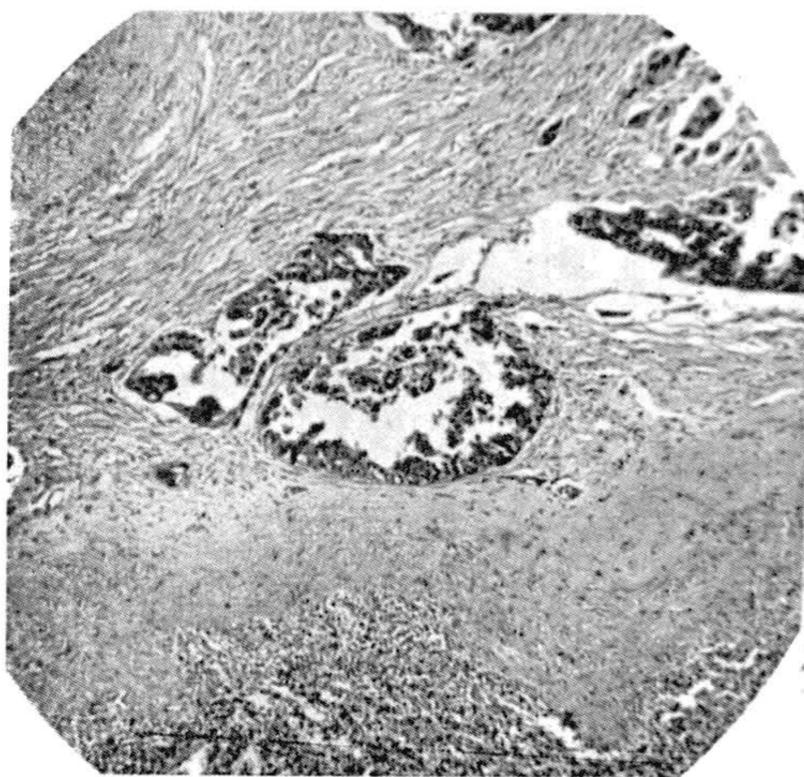


Fig. 9 — Aumento 95 vezes.

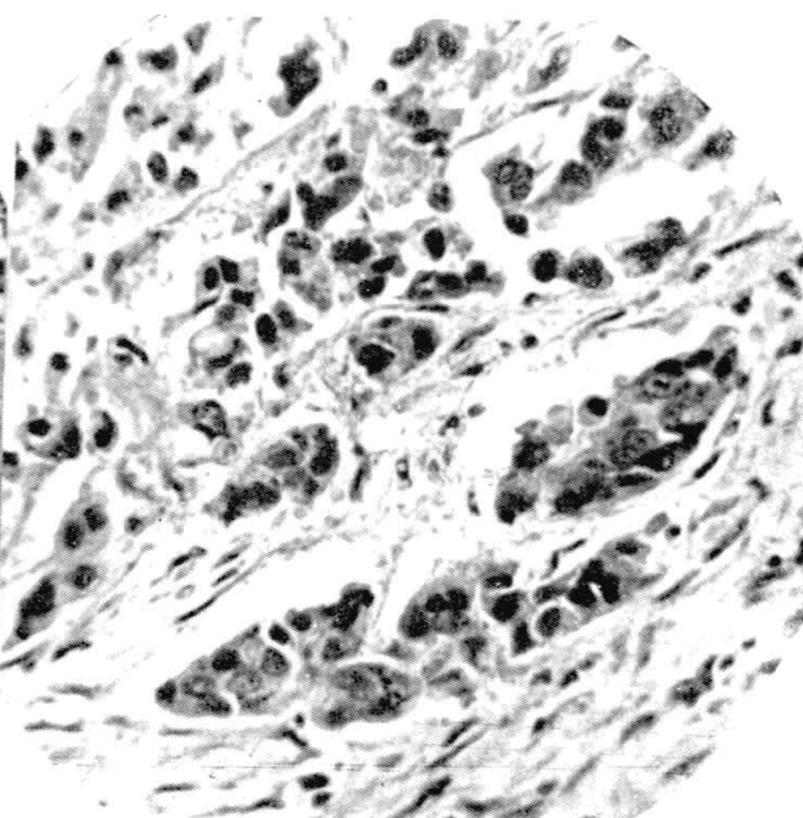


Fig. 10 — Aumento 450 vezes.

Baço diminuído de volume, apresentando a cápsula espessada, de aspecto cartilaginoso. Ao corte, a superfície é de cor vermelho-escura, com acentuado desenvolvimento do tecido fibroso. Ao nível do hilo, observa-se acentuada proliferação de tecido estranho, o qual contudo, não parece infiltrar o tecido esplênico.

Ao exame microscópico de fragmentos do baço, nota-se acentuado espessamento da cápsula e das trabéculas conjuntivas. Na parede de algumas arteríolas peniciladas, vê-se discreta hialinose. Os folículos linfóides são bem conservados.

Extensa zona de proliferação conjuntiva, aparece em determinado ponto, mostrando em sua espessura, áreas conspícuas de tecido blastomatoso (fi-

gura 9) formado, de modo evidente, por células epiteliais cilíndricas, com deformidade nuclear acentuada.

As células do blastoma dispõem-se em cordões e reproduzem estrutura glandular (Figura 10).

6.º caso A. 6.922 — Drs. A. Penna de Azevedo e Rita A. Cardoso. S. R., feminino, doméstica, 31 anos de idade, brasileira, parda.

*Diagnóstico anatômico:* Adenocarcinoma do colon com metástases no baço, nos gânglios linfáticos mesentéricos e peri-gástricos. Atrofia parda do miocárdio e do fígado. Arterioesclerose. Trombose da artéria femoral. Edema e hiperemia dos pulmões. Edema dos membros inferiores. Caquexia.

Na parede abdominal anterior, em relação com o bordo inferior da última costela esquerda, na altura da linha mamilar, existe uma massa irregular, aderente à parede, constituída por tecido de cor branco-amarelada, friável, revestida superficialmente por material fibrinoso pouco abundante. Na porção central, essa massa apresenta um orifício de 3 cm. de diâmetro, o qual se acha em relação com o intestino grosso. A massa no seu conjunto, forma uma área arredondada de 11,5 cm de diâmetro, lembrando a implantação de uma boca, cujos bordos apresentam forte proliferação de tecido estranho. O intestino grosso, ao nível do ângulo cólico esquerdo, apresenta forte processo de proliferação de tecido branco-amarelado, friável, exuberante, ulcerado, desintegrando-se com facilidade. Forma-se assim, uma massa tumoral do tamanho da cabeça de feto, apresentando aderências firmes ao polo inferior do baço, ao pancreas, ao rim e suprarrenal esquerdos, bordo inferior do fígado e alças delgadas próximas.

Baço mede 11 x 6 x 3 cm e pesa 140 g. O órgão é fortemente aderente à massa tumoral situada ao nível do ângulo cólico esquerdo. A cápsula é irregularmente espessada. Ao corte, a superfície é de cor vermelho-escura, sendo reconhecíveis os tecidos linfóide e conjuntivo. Não há difluência da polpa. Na superfície do corte, observa-se existência de uma massa constituída por tecido branco-amarelado, pouco friável, evidentemente estranho ao órgão. A porção assim comprometida, corresponde à extremidade inferior do baço, a qual se acha fortemente aderente ao processo tumoral.

Ao exame microscópico, a cápsula conjuntiva apresenta-se ligeiramente espessada, trabéculas com aspecto normal. Na espessura do órgão, existe proliferação de células epiteliais atípicas, formando acinos de luz ampla. Freqüentemente na espessura do tumor, observa-se processo de necrose. (figuras 11, e 12)..

## CASO N. 6

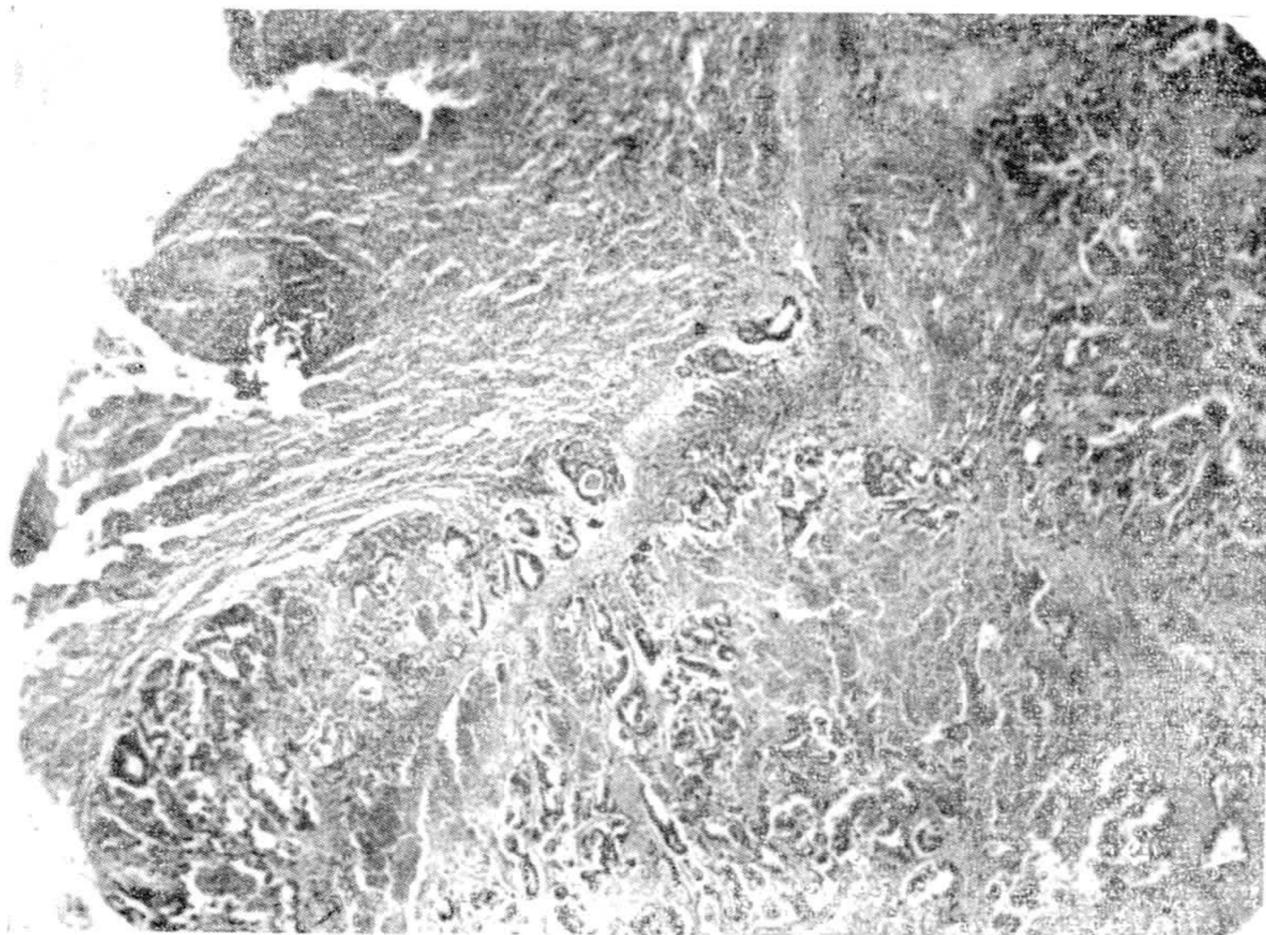


Fig. 11 — Aumento 95 vezes.

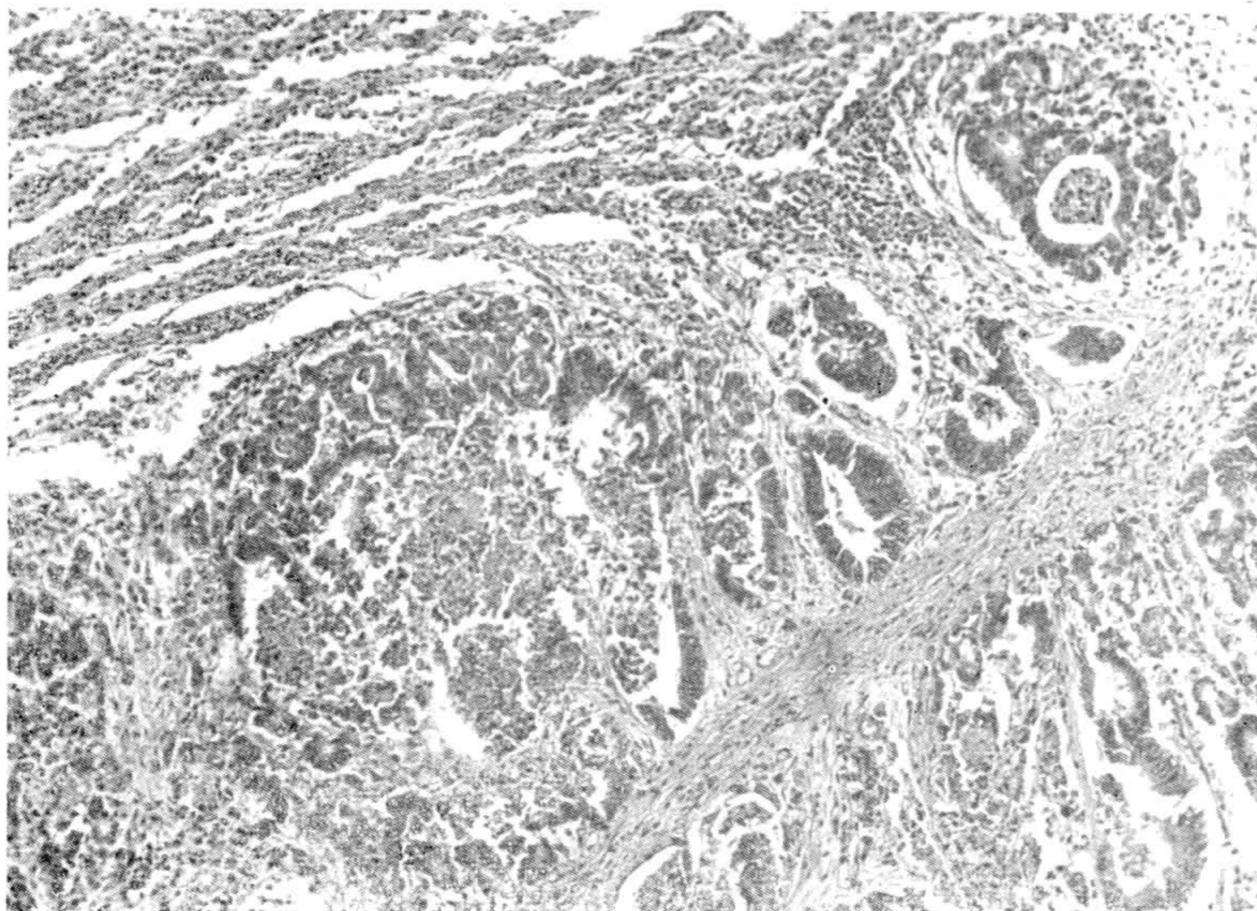


Fig. 12 — Aumento 450 vezes.

Microfotografias de *J. Pinto*.

7.º caso A. 7.110 — Drs. C. B. Magarinos Torres e R. L. Pimenta de Mello, 2-7-1941.

M. F. feminino, domestica, 40 anos de idade, brasileira, branca.

*Diagnóstico anatômico:* Adenocarcinoma fibroso do estômago com metástases no baço, fígado, pulmão, ovário e miocárdio. Dilatação do ventrículo direito do coração. Esplenite aguda. Pericardite fibrosa crônica. Congestão crônica passiva do fígado. Perisalpingite crônica bilateral. Hidatide de Morgagni. Edema e congestão de ambos os pulmões. Hidrotórax bilateral.

CASO N. 7



Fig. 13 — Aumento 95 vezes.

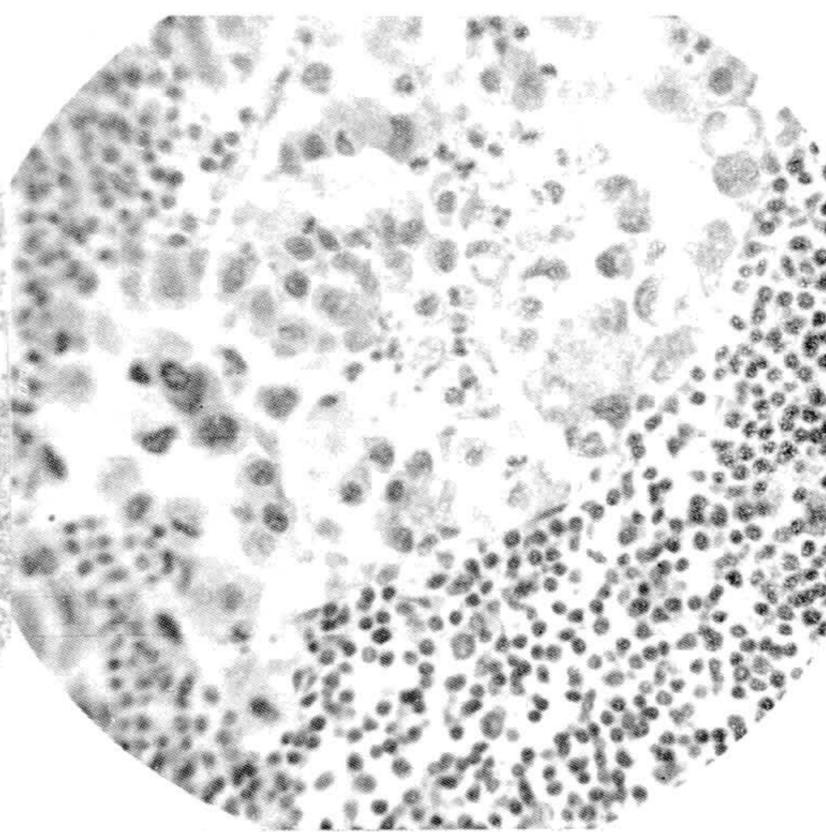


Fig. 14 — Aumento 450 vezes.

Estômago com as pregas conservadas, mostrando duas ulcerações, com bordos talhados a pique, situadas logo acima do piloro. Uma delas mede 5 x 3 x 1,5 cm. Um corte praticado perpendicularmente à superfície da ulcera maior, mostra que o seu fundo é formado pela superfície do pâncreas subjacente.

Baço mede 12 x 7,5 x 4,5 cm e pesa 140 g. A capsula é espessada de modo uniforme, enrugada; consistência diminuída, deformando-se o órgão quanto colocado sobre a mesa. A superfície do corte é de cor vermelho-escuro, sendo o tecido conjuntivo mais aparente que o normal, o linfóide obscurecido e a polpa distintamente difluente.

Ao microscópio, nota-se a cápsula conjuntiva ligeiramente espessada, trabéculas com aspecto normal. Seios venosos distendidos. Vê-se, em certa porção do órgão, um folículo tuberculoso, com células gigantes, células epitelióides e linfócitos. Endoarterite obliterante de algumas arteríolas peniciladas, bem como discreta hialinose. Em determinada porção do órgão, existe uma área circunscrita formada por tecido estranho (figura 13), de estrutura epitelial, cujas células atípicas, conservam frequentemente, uma luz central. (figura 14).

## CASO N. 8

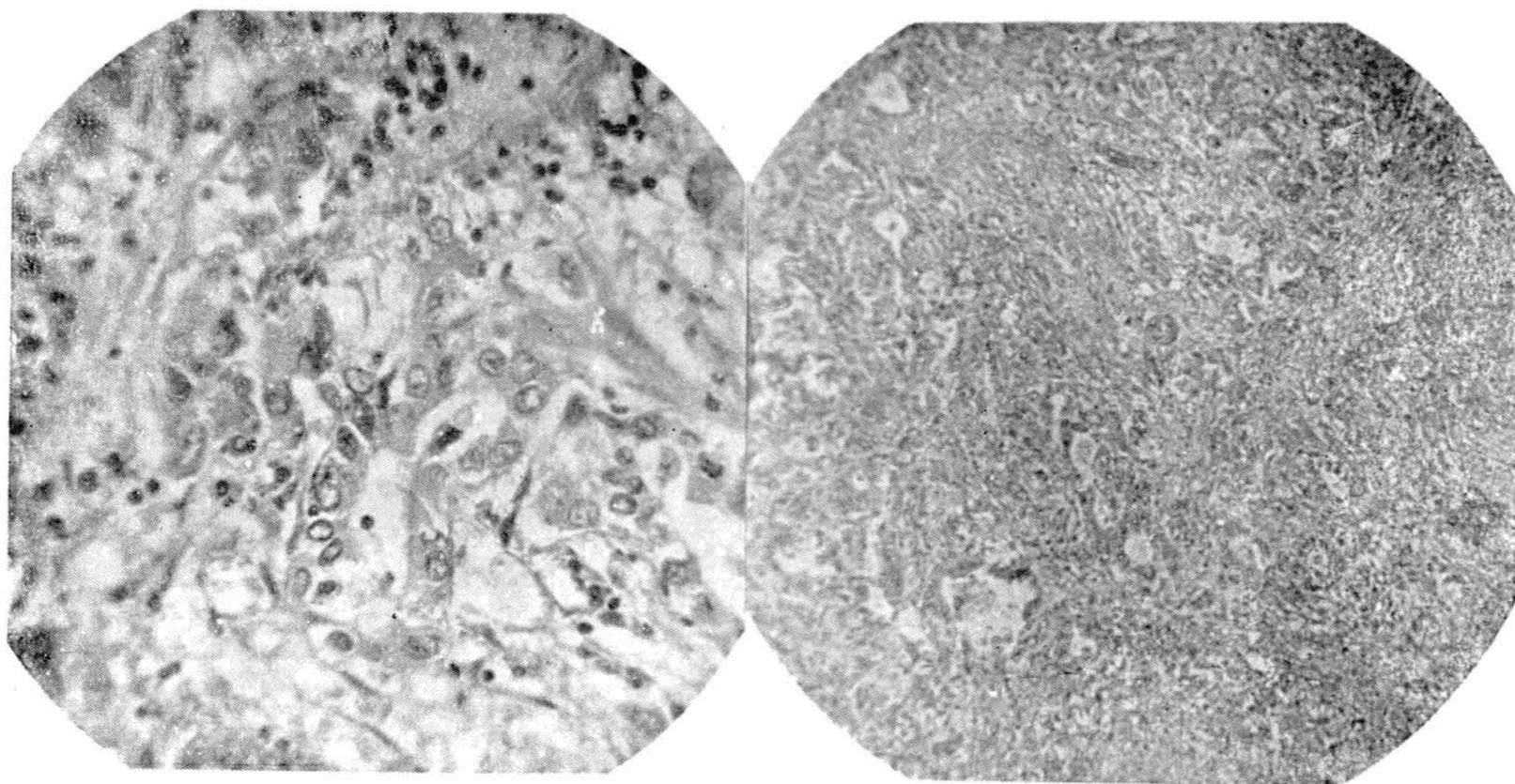


Fig. 15 — Aumento 95 vezes.

Fig. 16 — Aumento 450 vezes.

8.º caso A. 5.095 — Dr. C. B. Magarinos Torres.

A. S., masculino, carpinteiro, 55 anos de idade, espanhol, branco.

*Diagnóstico anatômico:* Carcinoma do stômago, (região do cárdia, estendendo-se para o esôfago). Metástases no baço, fígado e gânglios linfáticos regionais. Tuberculose ulcerativa crônica do lobo superior do pulmão direito, Atrofia do fígado e peri-hepatite crônica. Caquexia.

Baço mede 9 x 6 x 2,5 cm e pesa 160 g. A cápsula é espessada em alguns pontos. A superfície do corte e de cor vermelho-escura, tecido conjuntivo muito mais aparente que o normal, tecido linfóide reconhecível. A polpa não é difluente.

Estômago apresenta em tórno do cárdia, uma massa irregular, friável, de cor branca amarelada, com manchas róseas, de aspecto anfractuoso. As por-

ções da parede do estômago que estão em contacto com esta formação, dilaceraram-se com relativa facilidade. Esta massa atravessa o cárdia e invade o esôfago numa extensão aproximada de 5 cm. O piloro é completamente livre. A superfície exterior do estômago, correspondente a esta formação, apresenta aderências anormais com o colon transverso, baço e pâncreas. O baço nesta região, é invadido por tecido de consistência firme e de aspecto fibroso.

## CASO N. 9

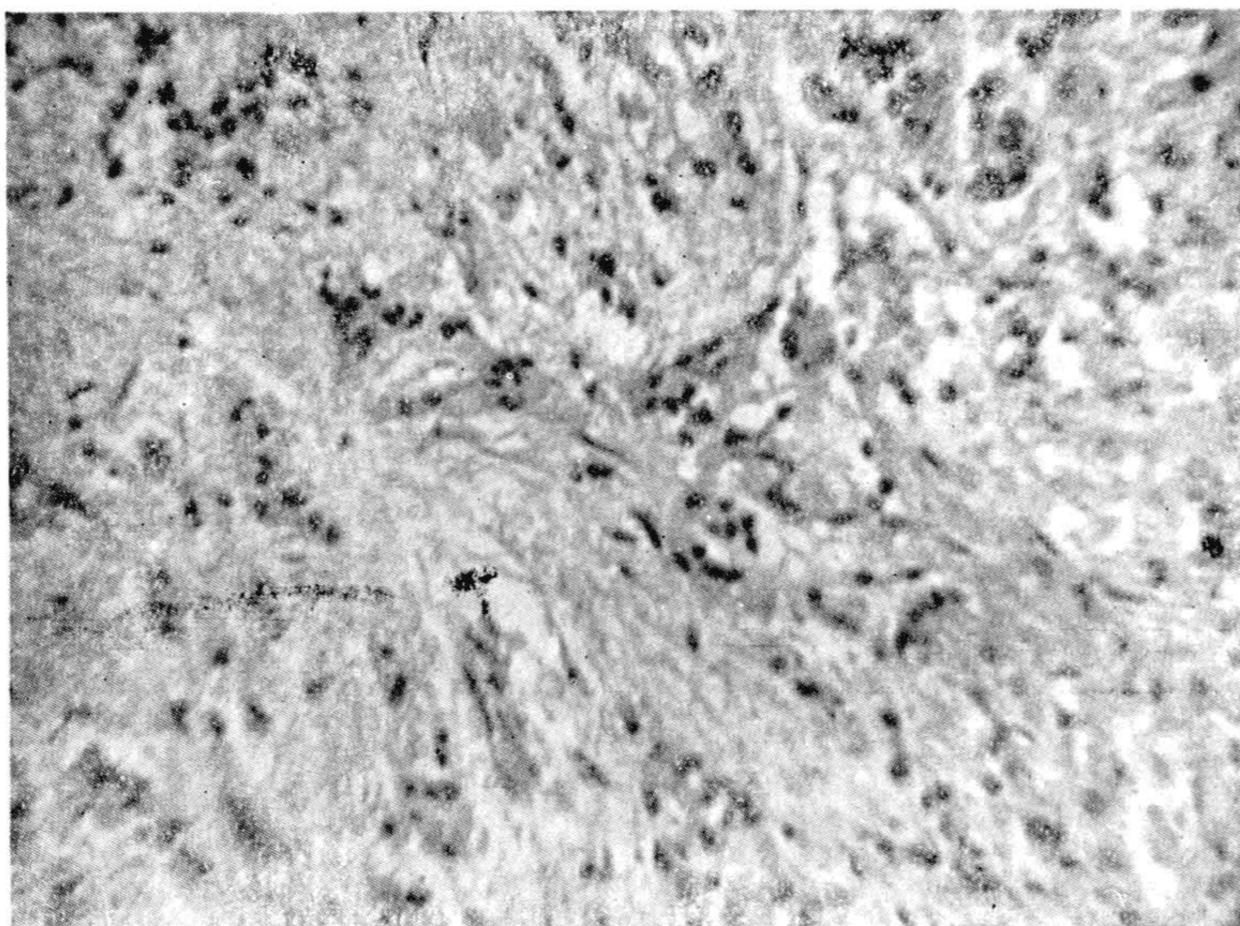


Fig. 17 — Aumento 350 vezes.

Ao exame microscópico, a cápsula apresenta-se regularmente espessada. Trabéculas de espessura normal. Notam-se os seios venosos congestionados e os folículos linfóides bem conservados. Evidente hialinose das arteríolas peniciladas. Em uma das extremidades do corte existe neoformação de tecido de natureza epitelial, constituído por células atípicas conferindo ao tumor, aspecto glândular. (Figs. 15 e 16). Em alguns preparados microscópicos, são vistos folículos tuberculosos característicos.

9.º caso 6.584 — A. Penna de Azevedo — 25-5-1934.

A. F. A., masculino, trabalhador, 30 anos de idade, português, branco.

*Diagnóstico anatômico* : Carcinoma do estômago com metástases no baço, no fígado, na suparrenal direita e nos gânglios do hilo dos pulmões. Atrofia do coração. Bronco-pneumonia tuberculosa do pulmão direito.

Baço mede 8 x 6,5 x 4 cm. Pesa 85 g. Sobre a cápsula existe um nódulo constituído por tecido branco-amarelado, superfície do corte de cor vermelho-escura, de consistência firme.

Estômago é sede de acentuada proliferação de tecido estranho, o qual se localiza preferentemente na região pilórica, invadindo também a pequena curvatura em grande extensão. Na parte central deste tecido neo-formado, ocorre forte desintegração das estruturas. O tecido estranho é de cor branco-amarelada, friável e abundante.

Ao exame microscópico, cápsula e trabéculas conjuntivas apresentam espessura normal. Discreta dilatação dos seios venosos; folículos linfóides pouco desenvolvidos; hialinose pronunciada das arteríolas peniciladas.

Em alguns cortes, nota-se a proliferação de tecido de estrutura epitelial, de células atípicas, formando aglomerados celulares na espessura de abundante proliferação conjuntiva. (Figura 17).

### CONCLUSÕES

Em material arquivado na Secção de Anatomia Patológica, do Instituto Oswaldo Cruz, encontramos nove necropsias em que se observam metástases de blastomas malignos no baço. Em quatro casos, a lesão pôde ser reconhecida ao exame macroscópico e nos demais, somente após a realização do exame histológico.

Dêstes blastomas, três são adenocarcinomas originários do pâncreas (casos 1, 3 e 5); três carcinomas primitivos do estômago (casos 7, 8 e 9); um adenocarcinoma da vesícula biliar (caso 2); 1 adenocarcinoma originário da glândula mamária (caso 4); e finalmente um adenocarcinoma primitivo do colon (caso 6).

A incidência das metástases observadas no baço dentre o total de 6.400 necropsias estudadas, é de 0,14%; a mesma incidência entre os casos de blastomas epiteliais é de 1,8%.

### SUMMARY

Among the material of the archives of the Pathological Section of the Oswaldo Cruz Institute (Rio de Janeiro, Brasil) we found 9 cases of cancer metastasis in the spleen. Four of them were macroscopically apparent, but five had only been diagnosed microscopically.

Of these cases of tumors, 3 are adenocarcinoma originated from the pancreas (cases 1, 3, 5,); 3 are primary carcinoma of stomach (cases 7,8 and 9); 1 adenocarcinoma of gall-bladder (case 2); 1 originated from the mammary gland (case 4) and finally 1 from the colon. (case 6.).

The incidence of the metastasis observed in the spleen among the total of 6.400 studied autopsies is of 0,14 %; The same incidence among those of epithelial blastomata is of 1,8 %.

## BIBLIOGRAFIA

ASCHOFF, L.

1936. Pathologische Anatomie — Jena Verlag G. Fischer.

CHALATOW, S. S.

1914. Zur Frage über metastatische Geschwulsbildung in der Milz.  
Virch. Arch. 217 : 140-160.

DIAL, D.

1930. Metastatic carcinoma in the spleen.  
Am. J. of Path. 6 : 79-83.

DI BIASI, W.

1926. Über Krebsmetastasen in der Milz.  
Virch. Arch. 261 : 885-918.

GEIPEL, P.

1912. Über metastatische Geschwulsbildung in der Milz.  
Virch. Arch. 210 : 358-364.

KRAFT, R.

1926. Über die Rolle der Milz im Krankheitsbilde der perniziösen Anämie.  
Deutsch. Ztschr. f. Chir. 190 : 102-109.

LUBARSCH, O.

1927. in Henke, F. & Lubarsch, O. Hand. d. spez. path.  
Anat. und Histologie. 1 : 713-718.

SAPPINGTON, S. W.

1927. Carcionoma of the spleen.  
J. A. M. A. 78 : 953-955.

WARREN, S. & ROBSON DAVIS, A.

1934. Studies on Tumor Metastasis.  
The Am. J. of Cancer. 21 : 517-533.

YOKOHATA, T.

1927. Über der mikroskopischen Krebsmetastasen in der Milz.  
Ztschr. F. Krebsforsch. 25 : 32-61.