

CARCINOMATOSE PERITONEAL

SALVADOR SALDANHA COELHO, PEDRO MARQUES SILVA, JÚLIO RAMOS
Serviço de Medicina. Hospital de Santa Marta. Lisboa

RESUMO

A investigação do tumor primitivo de uma carcinomatose peritoneal (CP) não é fácil mesmo considerando os múltiplos métodos de diagnóstico modernos à nossa disposição. Desconhecer a localização primária de uma neoplasia não permite frequentemente saber o prognóstico e estabelecer um tratamento. Na CP os tumores primitivos mais frequentes são as neoplasias do ovário na mulher e as neoplasias gastrointestinais no homem. Apresentamos o caso clínico de uma mulher branca de 70 anos de idade que foi internada na nossa enfermaria para diagnóstico e tratamento de uma CP. Foi realizada uma citologia aspirativa com cateter fino dos implantes peritoneais e encontramos histologia de carcinoma do ovário de tipo papilar. Este caso é sugestivo do que foi designado na literatura recente Carcinoma Papilar Seroso Peritoneal Extraovárico (CPSPE). A histologia dos ovários com carcinoma ovárico primário in-situ ausente ou insignificante é um dos critérios de diagnóstico. Esta doente não tinha evidência de doença do ovário considerando a ultrasonografia e a tomografia axial computadorizada. Infelizmente dada a laparotomia e laparoscopia terem sido consideradas contra-indicadas a histologia dos ovários está em falta.

SUMMARY

Search for the Primitive Tumor of a Peritoneal Carcinomatosis

Searching for the primitive tumor of a peritoneal carcinomatosis (PC) is no easy task even considering the multiple modern diagnostic procedures at our disposal. Without the primary site of a neoplasm it is often difficult to establish the prognosis and a treatment regimen. In PC the most frequent primitive tumors are ovarian neoplasms in women and gastrointestinal neoplasms in men. We present a case report of a 70 year old caucasian woman who was referred to our department for diagnosis and management of a PC. A fine-catheter aspiration cytology of the peritoneal implants was performed and provided histologic evidence of an ovarian papillary type carcinoma. This case is suggestive of what has been called in recent literature Extraovarian Peritoneal Serous Papillary Carcinoma. Absent or insignificant histology of the ovaries of primary in-situ ovarian carcinoma is one diagnostic criterion. This patient had no evidence of ovarian disease considering ultrasound imaging and computer tomography. Unfortunately, since both laparotomy and laparoscopy were contra-indicated, histology of the ovaries is lacking.

INTRODUÇÃO

Apresentamos um caso clínico de carcinomatose peritoneal que ilustra bem as dificuldades na investigação diagnóstica do tumor de origem. Considera no seu diagnóstico diferencial uma entidade clínico-patológica ainda pouco conhecida de um espectro de carcinoma

Muelleriano do qual a neoplasia do ovário é a forma mais comum e mais bem reconhecida. Para se conseguir comprovação histopatológica da doença foi necessário recorrer a uma técnica diagnóstica alternativa, concretamente uma biopsia aspirativa das metástases peritoneais, em vez da clássica laparotomia.

CASO CLÍNICO

A doente em causa tinha 70 anos de idade, era australiana, viúva e doméstica e residia em Lisboa. Recorreu ao serviço de urgência do Hospital de S. José por sintomas sistémicos associados ao aparecimento de tumefacções nos quadrantes inferiores do abdómen e aumento do volume abdominal. Foi transferida para o serviço de Medicina do H.S.Marta a 14 de Julho de 1995 para esclarecimento de provável ascite carcinomatosa.

Referia três meses antes do internamento actual queixas sistémicas de astenia, adinamia, anorexia, emagrecimento de 5 Kg e aparecimento de uma massa nos quadrantes inferiores do abdómen de características difíceis de precisar. Posteriormente notou aumento do volume do abdómen e um episódio de fezes com características de melenas. Negava outros sintomas gastrointestinais e génito-urinários.

Nos seus antecedentes pessoais referiu aos 32 anos úlcera gástrica e colecistectomia. Aos 60 anos pneumonia e aos 61 anos neoplasia da amígdala esquerda submetida a radioterapia em Inglaterra durante uma semana. Teve a sua menarca aos 12 anos, os ciclos menstruais eram regulares, 1G0P1A, a menopausa decorreu aos 45 anos. Negava hábitos tabágicos e alcoólicos.

Nos seus antecedentes familiares referiu que a mãe teve uma neoplasia da mama e um tio materno uma neoplasia do pescoço que não soube especificar.

No exame objectivo salientava-se uma doente francamente emagrecida. O abdómen encontrava-se distendido, globoso, com rede venosa visível, com cicatriz de laparotomia no hipocôndrio direito, ligeiramente doloroso à palpação dos quadrantes direitos, individualizando-se várias tumefacções de consistência dura e evidência clínica de ascite. O restante exame não apresentava alterações com significado patológico excepto a observação ginecológica que mostrou genitais externos atróficos, paredes vaginais descoradas, colo atrófico sem lesões aparentes e fundos-de-saco preenchidos, palpan-do-se através do posterior uma massa difícil de delimitar.

Considerando estarmos perante uma doente caucasiana, de 70 anos de idade, nulípara, sem antecedentes de alcoolismo ou doença hepática crónica, mas com neoplasia prévia e antecedentes familiares de outras neoplasias considerámos que o diagnóstico mais provável seria o de carcinomatose peritoneal corroborado pelos dados do exame objectivo que evidenciavam ascite e tumefacções abdominais. Pareceu-nos que a forma mais prática e rentável de o comprovar seria executar uma paracentese com exame citológico do líquido ascítico. No caso da citologia ser negativa poderíamos ainda

recorrer a punção-biopsia das massas peritoneais. Uma vez confirmada a carcinomatose peritoneal seria então necessário descobrir o carcinoma primitivo. Baseados na literatura que obtivemos para o estudo deste caso chegámos à conclusão que as localizações primitivas mais habituais são o tubo digestivo e o ovário e naturalmente foi para esses órgãos que a investigação diagnóstica foi dirigida.

Realizámos uma paracentese para colheita de líquido ascítico que revelou aquele ser sero-hemático. Enviado para exame citológico, as células atípicas encontradas eram muito sugestivas de carcinomatose peritoneal, mas não foi possível saber a localização primitiva com base nas células encontradas.

A ecografia abdominal mostrou abundante ascite, fígado sem lesões focais e em topografia anterior às ansas intestinais observaram-se imagens sólidas correspondendo ao que na literatura anglo-saxónica se designa *omental cake*. A ecografia pélvica (fig. 1 e 2), complementada por exame transvaginal, mostrou um útero com dimensões normais e ecoestrutura mantida, anexos com dimensões normais, sem lesões focais, fundo-de-saco de Douglas com sinais de infiltração apresentando ecoestrutura sólida e bexiga de paredes finas e regulares.

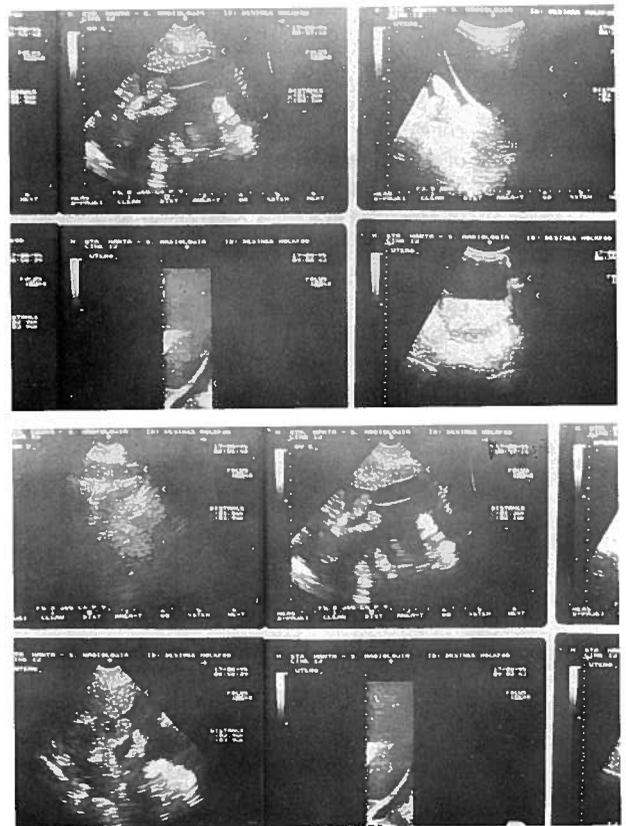


Fig. 1 e 2 - Ecografia pélvica mostrando útero de dimensões normais e ecoestrutura mantida e anexos com dimensões normais, sem lesões focais.

Na tentativa de melhor definir as alterações encontradas nas ecografias obtidas e continuar a procurar a neoplasia primitiva obtivemos tomografias axiais computadorizadas das cavidades torácica (fig. 3 e 4) abdominal (fig. 5 e 6) e pélvica (fig. 7) que confirmaram a volumosa ascite, o espessamento do peritoneu (*omental cake*), revelaram múltiplos implantes peritoneais no fundo-de-saco recto-vaginal sem outras lesões ocupando espaço na cavidade pélvica ou outras lesões suspeitas a nível do tubo digestivo.

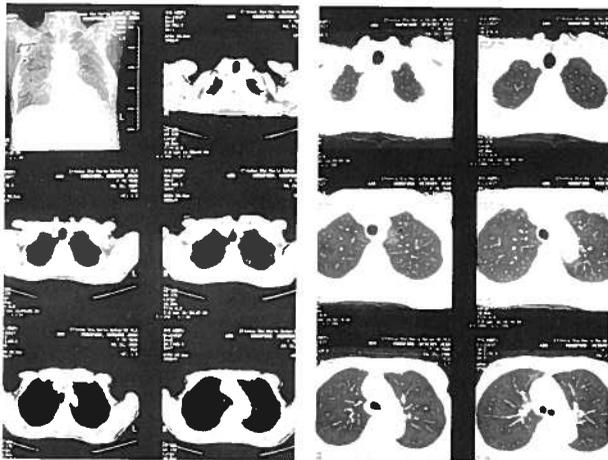


Fig.3 e 4 - TAC torácica mostrando ausência de lesões pulmonares e pleurais.

Nos exames imageológicos não foram encontradas imagens sugestivas de neoplasia do ovário, mas a localização primitiva da doença poderia estar no tubo digestivo e assim realizamos os exames mais adequados para o estudo dos órgãos atingidos com maior frequência neste tipo de patologia.

A endoscopia digestiva alta efectuada não revelou existência de lesões neoforativas e as biopsias gástricas realizadas foram negativas. A colonoscopia, que por má colaboração da doente ficou incompleta por só se terem atingindo 60 cm, não mostrou alterações nesse segmento. Foi então completada com clister opaco (fig. 8) que também não mostrou lesões suspeitas.

Dadas as nossas dificuldades na localização do carcinoma primitivo pensámos, apesar da falta de evidência imageológica de doença do ovário, obter uma biopsia deste órgão. No entanto, só consideramos correcto, neste caso, efectuar tal procedimento cruento, se o marcador tumoral CA - 125 estivesse aumentado, já que este marcador tem um valor preditivo positivo de 98% em mulheres pós menopáusicas para neoplasia do ovário.

O doseamento dos marcadores tumorais alfa-feto-proteína, CEA e CA 19.9 encontrava-se dentro dos limites da normalidade, mas o CA 125 estava muito elevado,

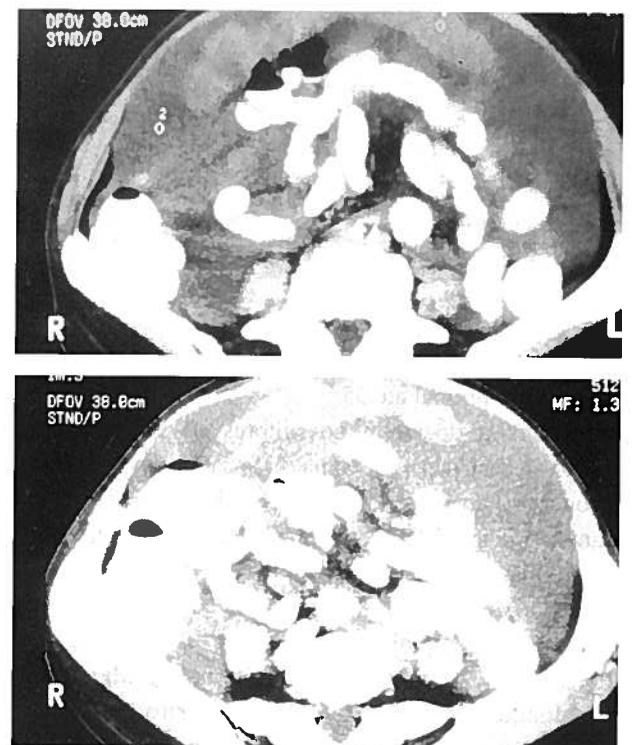
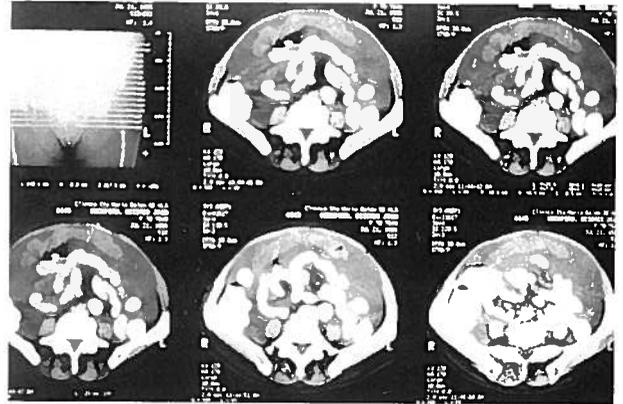


Fig.5 e 6 - TAC abdominal mostrando ascite volumosa e espessamento do peritoneu do tipo omental cake

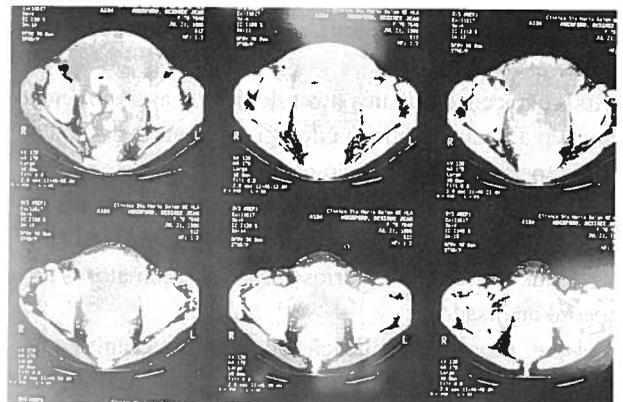


Fig.7 - TAC pélvico mostrando ausência de lesões anexas

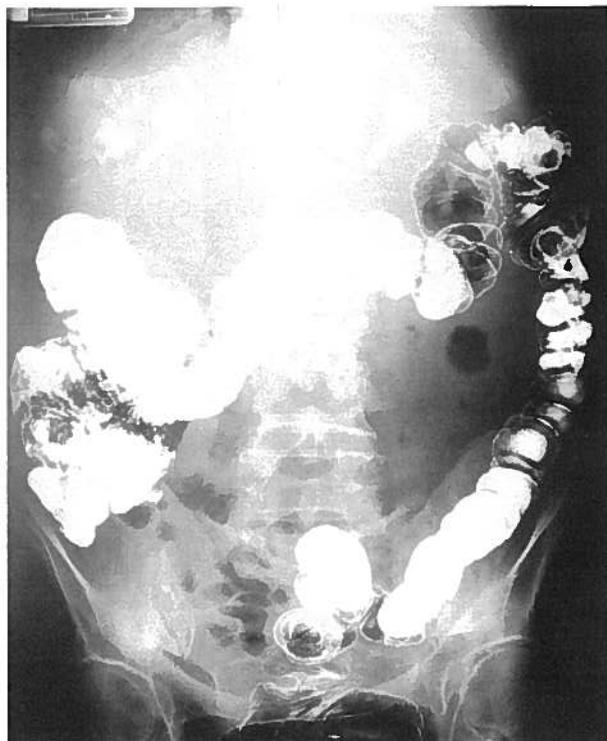


Fig. 8 - Clister opaco com duplo contraste mostrando ausência de lesões do cólon

571, para um normal até 35.

Enviámos a doente a consultores de Ginecologia pedindo a realização de uma biopsia do ovário que acabou por não ser executada. Os ginecologistas alegaram que além do deficiente estado geral da doente para laparotomia, o acesso laparoscópico era muito arriscado pelo perigo de perfuração de ansas intestinais por múltiplas aderências epiplóicas.

Por não considerarmos correcto tratar devidamente uma doente com carcinomatose peritoneal sem comprovação histopatológica do tumor primitivo restava-nos apenas a possibilidade de realizar citologias aspirativas das massas peritoneais e esperar que os anátomo-patologistas conseguissem identificar a origem das células neoplásicas já encontradas no líquido ascítico.

Após paracentese de três litros de líquido ascítico serohemático a doente realizou citologia aspirativa das massas peritoneais com controlo ecográfico. A citologia foi positiva para células neoplásicas compatível com carcinoma de padrão papilar, sugestivo de origem primária no ovário. Identificavam-se vários corpos psamomatosos no material analisado.

Foi-lhe proposta realização de quimioterapia que aceitou solicitando contudo regressar à sua terra natal para aí efectuar o tratamento.

DISCUSSÃO

O estudo do tumor de origem da carcinomatose peritoneal (CP) é frequentemente difícil apesar dos inúmeros meios complementares de diagnóstico actualmente à nossa disposição. Apesar de exames cruentos como a laparotomia e considerando ainda a necropsia há uma percentagem significativa de casos em que é impossível descobrir a neoplasia de origem dessa CP.

A falta de conhecimento da localização primitiva de uma neoplasia impede em muitos casos uma atitude terapêutica, o conhecimento do prognóstico da doença e conduz com frequência a abordagens diagnósticas custosas para o doente e para a instituição que lhe presta assistência.

Num estudo de 71 casos de CP¹ Heredia Centeno et al conseguiram chegar ao diagnóstico do tumor primitivo em 50 casos (70,4%). Dos casos diagnosticados, 16 correspondiam a tumores do ovário, 10 a tumores gástricos, 9 a tumores do pâncreas, 6 a tumores do cólon e 9 a tumores diversos. Nas mulheres o tumor primitivo mais frequentemente encontrado foi o do ovário (55%), enquanto nos homens foram os gastrointestinais (29% gástricos e 24% pancreáticos).

O carcinoma do ovário é a terceira neoplasia mais comum nas mulheres e é a causa mais frequente de morte de cancro genital². Em muitos casos é descoberto já nos estadios III e IV da F.I.G.O.³. O envolvimento tumoral intraperitoneal difuso está mais frequentemente associado ao carcinoma do ovário⁴.

A ultrasonografia é o exame auxiliar de diagnóstico mais usado para detectar os implantes peritoneais, pela sua fácil acessibilidade, baixo risco e custo⁵. Alguns autores advogam o uso da tomografia axial computadorizada (TAC) na detecção dos implantes peritoneais das neoplasias do ovário^{2,6-9}. Neste âmbito a sua utilidade depende mais da localização do implante e da presença de ascite adjacente do que das dimensões das lesões¹⁰.

Neste caso acreditámos que a CP pudesse ser secundária a uma neoplasia do ovário, apesar dos exames imageológicos não mostrarem alterações deste órgão. Considerámos importante uma boa caracterização histológica dos ovários e dos implantes peritoneais. Foi negada a laparoscopia e a laparotomia dadas as condições da doente. Como alternativa restou a execução de citologia aspirativa dos implantes peritoneais. Uma técnica semelhante - citologia aspirativa com agulha fina da cavidade peritoneal - era já usada em meados dos anos 80 e descrita como dotada de potencialidades no diagnóstico de tumores dessa cavidade¹¹.

Contudo a ausência de alterações morfológicas a nível do ovário pode ser explicada por motivos mais convincentes do que a insuficiência ou as limitações dos exames imageológicos. Em 1959 Swerdlow publicou um caso de mesotelioma do peritoneu assemelhando-se a cistadenocarcinoma do ovário¹². Esta entidade foi denominada mais recentemente Carcinoma Papilar Seroso Peritoneal Extraovárico (CPSPE) por Dalrymple et al num estudo de 31 casos¹³. Caracteriza-se por carcinomatose peritoneal de tipo ovárico, mas sem evidência histológica significativa de carcinoma do ovário primário. No caso clínico que apresentamos, pelos motivos indicados não se conseguiu informação histológica dos ovários. Assim, pelos critérios de diagnóstico da doença serem parciais, não podemos afirmar seguramente tratar-se de CPSPE apesar da forte evidência clínica.

A taxonomia do CPSPE não é unânime. É considerado um tumor peritoneal¹⁴, uma variante de carcinoma do ovário¹⁵ e uma entidade distinta proveniente de células mesoteliais sob influência Muelleriana¹⁶. Certo é que os tumores papilares serosos têm origem multifocal na cavidade peritoneal e aparelho genital feminino¹⁷.

As nossas dificuldades em distinguir o CPSPE da neoplasia primitiva do ovário não impediram nem dificultaram a nossa opção terapêutica já que a sobreposição do comportamento clínico e da patogénese destas duas entidades é tal que o tratamento é idêntico¹³.

No que respeita à sobrevida o estudo de Dalrymple apresenta um tempo de sobrevivência média de 11,3 meses para os doentes com CPSPE e de 13,5 meses para os doentes com carcinoma do ovário primitivo em estadios III e IV tratados com os mesmos protocolos; uma diferença não significativa. Já é contudo significativa a diferença de sobrevida destes doentes comparativamente a adenocarcinomas de localização oculta (sobrevida média de 3 a 4 meses), habitualmente com um curso de doença mais rápido e taxa mais baixa de resposta à terapêutica sistémica⁴.

BIBLIOGRAFIA

- HEREDIA CENTENO ML, DIAZ CURIEL M, LAGUNA CUESTA F, BENEÍTEZ GÓMEZ C Y RIVAS F: Carcinomatosis peritoneal: estudio del tumor de origen. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1987, 71, 6 (515-8).
- SOLOMON A, BRENNER HJ, RUBINSTEIN Z, CHAITCHIK S, MORAG B: Computerized tomography in ovarian cancer. *Gynecol Onc* 1983, 15 (48-55).
- SCHWARTZ PE: Surgical management of ovarian cancer. *Arch Surg* 1981, 116 (99-106).
- STRNAD CM, GROSH WW, BAXTER J, BURNETT LS, JONES HW, GRECO FA, HAINSWORTH JD: Peritoneal carcinomatosis of unknown primary site in women - a distinctive subset of adenocarcinoma. *Ann Int Med* 1989, 111 (213-7).
- PONCIN J, BOUSQUET JC, HASSAN M: Masses abdominales palpables de l'adulte en échographie. *J Radiol* 1984, t.65, 3 (137-43).
- AMENDOLA MA, WALSH JW, AMENDOLA BE, TISNADO J, HALL DJ, GOPLERUD DR: Computed tomography in the evaluation of carcinoma of the ovary. *J Comput Assist Tomogr* 1981, 5 (179-86).
- JEFFREY RB: CT demonstration of peritoneal implants. *AJR* 1980, 135 (323-6).
- JOHNSON RJ, BLACKLEDGE G, EDDLESTONE B, CROWTHER D: Abdomino-pelvic computed tomography in the management of ovarian carcinoma. *Radiology* 1983, 146 (447-52).
- MANTORA H, ISHERWOOD I: Computed tomography in ovarian carcinoma: patterns of disease and limitations. *Clin Radiol* 1982, 33 (165-71).
- BUY J, MOSS AA, GHOSAIN MA, SCIOT C, MALBEC L, VADROT D, PANIEL BJ, DECROIX Y: Peritoneal Implants from ovarian tumors: CT findings. *Radiology* 1988, 169 (691-4).
- STEWART RJ, GUPTA RK: Fine-catheter aspiration cytology of peritoneal cavity: a new system with potential for oncologic diagnosis. *Diag Cytopath* 1987 Dec 3, 4 (339-41).
- SWERDLOW M: Mesothelioma of the pelvic peritoneum resembling papillary cystadenocarcinoma of the ovary. *Am J Obstet Gynecol* 1959, 77 (197-200).
- DALRYMPLE JC, BANNATYNE P, RUSSEL P, SOLOMON HJ, TATTERSALL MH, ATKINSON K, CARTER J, DUVAL P, ELLIOTT P, FRIEDLANDER M, MURRAY J AND COPPLESON M: Extraovarian peritoneal serous papillary carcinoma - a clinicopathologic study of 31 cases. *Cancer* 1989, 64 (110-5).
- FOYLE A, AL-JAHI M, MC CAUGHEY WT: Papillary peritoneal tumors in women. *Am J Surg Pathol* 1981, 5 (241-9).
- GOONERATNE S, SASSONE M, BLAUSTEIN A, TALERMAN A: Serous surface papillary carcinoma of the ovary - a clinicopathologic study of 16 cases. *Int J Gynaecol Pathol* 1982, 1 (258-69).
- AUGUST CZ, MURAD TM, NEWTON M: Multiple focal extraovarian serous carcinoma. *Int J Gynaecol Pathol* 1985, 4 (11-23).
- RUSSEL P, BANNATYNE PM, SOLOMON J, STODDARD LD, TATTERSALL MH: Multifocal tumorigenesis in the upper genital tract - implications for staging and management. *Int J Gynaecol Pathol* 1985, 4 (192-210).