

## B— LINFATOGÊNICA

Em oncologia diz-se que os **carcinomas** disseminam-se mais comumente por via linfática, enquanto os **sarcomas** o fazem por via hematogênica. Por isto mesmo, na prática cirúrgica costuma-se proceder ressecção em monobloco do tumor maligno e da cadeia linfática regional. Ainda em virtude deste fato, não se dissecam estas cadeias linfáticas nos sarcomas.

Como se pode deduzir do que foi até aqui descrito, os embolos de células tumorais transitam pelos capilares e se disseminam sistemicamente. É, sem dúvida, mais fácil a uma célula tumoral maligna permear um vaso linfático do que uma artéria ou vênula. Os capilares linfáticos têm paredes mais finas e existe uma pressão negativa no seu lume.

De qualquer sorte é usual o envolvimento de linfonodos nos carcinomas. O número de conexões entre linfáticos e veias é muito grande, afora o canal torácico e grande veia linfática direita (138). Células de tumor de Walker, marcadas com 51-Dr, inoculadas intravascularmente, movem-se entre os circuitos linfático, sangüíneo e espaços extravasculares e emergem, por fim, no ducto torácico (105). Eis porque Carter (29) considera confusa uma distinção que se pretenda rígida entre sistemas vasculares sangüíneo e linfático.

Neuroblastoma transplantado em camundongo ABC alcançam os linfonodos entre 3 a 6 dias depois de enxertados. (133)

A colonização das células malignas inicia-se nos seios marginais ou periféricos, tomando, depois de certo tempo, toda a estrutura, apagando as marcas histológicas normais.

A princípio argumentou-se que os linfonodos, representariam, de alguma maneira, uma barreira à disseminação da doença. Estes focos secundários, podem, todavia, tornarem-se nova fonte emboligênica (Fig. 11).

Cortisona (156. 159), irradiação local (75) linfatografia (61) afetam, baixando a capacidade de colonização de células tumorais malignas nos linfonodos.

Quando o linfonodo é afetado a corrente linfática pode mudar seu curso e ser desviada para outro linfonodo, com inversão de sentido da corrente, possibilitando o envolvimento de novos linfonodos.

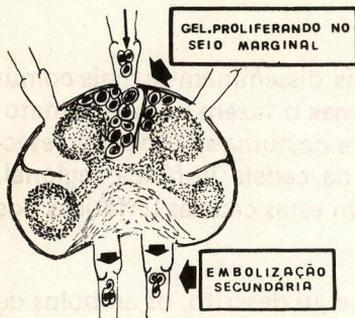


Fig. 11 — As células tumorais malignas iniciam o crescimento no seio marginal ou periférico do linfonodo. Depois de ocupado o linfonodo constitui-se numa fonte secundária emboligênica.

## ADITOS

1 — Alguns tumores têm particular osteotropismo nas suas disseminações. Os tumores da próstata, mama, tireoide e rins dão metástases osteolíticas ou osteoblásticas. (Fig. 12)

2 — Powles e col. (132) mostraram que certos carcinomas da mama humana e o carcino-sarcoma de Walker (experimentalmente), elaboram um agente osteolítico que se supõe ser uma prostaglandina. A substância é inibida pela aspirina.



Fig. 12 — Localização das metástases esqueléticas de origem hematogênicas. (In "Rassegna Medica e Culturale. 1962).

3 — É indiscutível que no crescimento do tumor primário e de suas metástases prevalecem como condição fundamental a reação imunológica do hospedeiro. Eis porque será considerado neste escrito um capítulo sobre imunidade e câncer.