

## Granuloma tuberculoso e Granuloma sifilítico

### Considerações histo-patológicas

por

Waldemar Castro

Chefe dos laboratórios de Anatomia e Fisiologia Patológicas da F. M. P. A.,  
do J. O. Cruz e da Santa Casa.

Questão de real interesse, principalmente sob o ponto de vista histo-patológico é, sem duvida, a que se prende ao debatido diagnóstico diferencial, entre as lesões “**n**odulares” de natureza tuberculosa e as lesões “**n**odulares” de natureza sifilítica.

Assunto tão relevante, na pratica histologica-patologica, e onde as controversias se verificam a cada passo, não pôde evidentemente ser tratado como devéra, nestas ligeiras considerações, que me occorrem fazer, aproveitando alguns dados que a pratica histo-patologica diaria deu-me ensejo de observar.

Entre as lesões nodulares sifilíticas, **primarias** e **secundarias**, de um lado, e as lesões nodulares tuberculosas do outro, a diferenciação microscopica torna-se relativamente facil, tal a dissemelhança dos quadros histo-patologicos, nesses processos.

Sabemos que a infiltração ou aglomerado perivascular, que forma o chamado Plasmoma perivascular, e que constitui a lesão elementar da sífilis primaria e secundaria, não pode, de forma alguma, ser confundido com o nódulo inflamatório tuberculoso, tão dissemelhante se apresenta á análise microscopica.

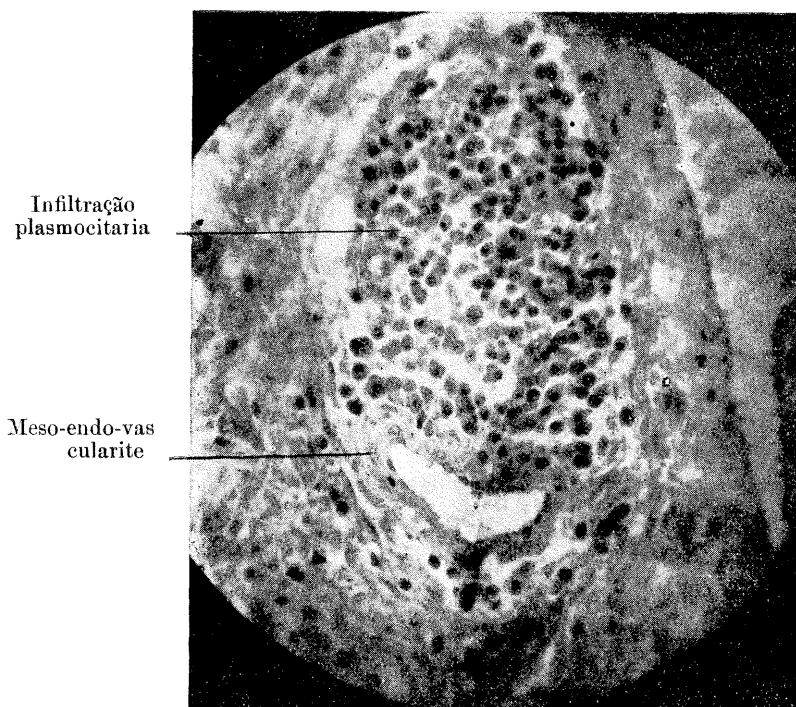
O Plasmoma perivascular caracteriza-se, pela presença, no centro ou na parte lateral do nódulo inflamatório, de um vaso capilar, em redor do qual se aglomeram os elementos de infiltração.

O vaso central do Plasmoma apresenta sempre, grandes alterações das suas diversas tunicas: a endotelial, em vez de apresentar aquele aspéto liso, uniforme e achatado, quasi imperceptível, de todo o endotélio vascular, apresenta-se tumefacta, fazendo as células, saliencia na luz do vaso e, por vezes, contribuindo essa tumefacção para a obstrução parcial ou total do mesmo, constituindo a chamada endarterite obliterante, tão comum na sífilis, e que pela sua intensidade, é considerada, quando ao lado de outros dados histológicos, como elemento de grande valor para o diagnóstico das lesões sifilíticas; as outras tunicas vasculares apresentam-se, também, fortemente espessadas, pelo desenvolvimento que aí se verifica, de tecido conjuntivo, isto é, de fibroblastos que aumentam consideravelmente as dimensões da parede vascular.

Essa grande disproporção, entre a espessura da parede e a luz do vaso, esse carácter verdadeiramente obliterante, atesta bem a intensi-

dade do processo de peri-meso-endo-vascularite, de que é séde geralmente o vaso do Plasmoma sifilitico; microfotografia A.

Em redor do vaso do Plasmoma, a infiltração é intensa, e constituida de elementos mononucleares médios, linfocitos e de raros polinucleares; mas, os elementos qu chamam atenção, nessa infiltração peri-vascular, não só pela sua predominancia, como tambem pelos seus caracteres citologicos caracteristicos, são, sem duvida, os plasmocitos ou plasmazelen que conferem um cunho todo especial á esse nódulo inflamatorio, dando origem a denominação por que é conhecida essa formação sifilitica.



Microf. A. — Plasmoma sifilitico

Ora, as lesões nodulares de natureza tuberculosa podem, tambem, apresentar em seus vasos, quando afastados das zonas de necrose, lesões de peri-meso-endo-vascularite, semelhantes áquelas que vimos de descrever nas lesões sifiliticas; da mesma forma que podem tambem, apresentar entre seus elementos de infiltração, as celulas plasmocitarias, que predominam nas lesões sifiliticas. Mas, o que caracteriza a lesão sifilitica, não é sómente a predominancia do elemento plasmocitario, mas principalmente a sua disposição, o seu acúmulo ou aglomeração, em redor dos vasos já atingidos de alterações, profundas e generalizadas.

E', pois, esse conjunto de alterações, com sua disposição sistematicamente a mesma, que confere ao quadro sifilitico, uma caracteris-

tica toda especial, toda particular, conjunto este, que não se verifica nas lesões tuberculosas.

Alem de se apresentarem as lesões nodulares da sífilis primaria e secundaria, com formações de conjunto tão bem definidas histologicamente, bastaria lembrar, para reforçar o diagnostico diferencial microscopico, que jamais se verificam nessas lesões nodulares sífilíticas, primarias e secundarias, outros elementos, tais como celulas gigantes, celulas epitelioides, zonas de necrose, que se encontram sempre nos quadros histo-patologicos tipicos das lesões nodulares tuberculosas.

Mas, entre as lesões sífilíticas nodulares terciarias, gomosas, e o granuloma de natureza tuberculosa existem, ás vezes, caracteres histologicos e citologicos tão comuns, tão semelhantes, que a estrutura de um, pode ser perfeitamente confundida com a estrutura do outro, e, segundo Masson, o folículo gomoso primordial pode apresentar uma estrutura tal, que não se conseguirá distingui-lo do folículo tuberculoso; as mesmas celulas gigantes, as mesmas celulas epitelioides, zonas de necrose, etc., se podem verificar em ambas as lesões.

A celula gigante que constitue a parte central do folículo infeccioso elementar pode ser a mesma em ambos os processos, isto é, apresentar a mesma substancia central de aspéto caseoso; a mesma abundancia de nucleos alongados, muitas vezes polimorfos e dispostos em corôa, e até a mesma orla citoplasma recortada e filamentosa.

A zona media do folículo infeccioso elementar pode ser constituída, em ambos os processos, pelas mesmas celulas macrofagicas do tipo epitelióide.

A zona externa do folículo infeccioso elementar, em ambos os processos, pode ser constituída dos mesmos elementos linfocitarios diapedeticos, formando identicas corôas linfoides.

Nesses casos, que ás vezes se nos deparam na pratica histo-patologica, o unico recurso para o diagnostico diferencial, entre ambas lesões, será recorrer á pesquisa histo-bacterioscópica, isto é, a pesquisa nos cortes, dos respectivos agentes microbianos. Mas estes, por sua vez, podem tambem faltar, quer nas lesões sífilíticas, quer nas tuberculosas, tornando-se assim, o diagnostico diferencial impraticavel ao microscopico.

Esses casos, no entanto, em que se verifica a impraticabilidade do diagnostico diferencial, não constituem maioria, porque apesar do pessimismo de alguns autores, caracteres diferenciaes existem, na opinião de outros, no puro campo da histologia patologica, que permitem, muitas vezes, quando bem analisados e apreciados, estabelecer o diagnostico diferencial, entre o granuloma sífilítico terciario e o granuloma tuberculoso, sem haver necessidade de se lançar mão dos recursos bacterioscopicos ou outros quaesquer.

E, casos se verificam, em que a diferenciação é tarefa relativamente facil, para o histo-patologo experimentado.

Nesses casos, em que a diferenciação é viavel, no dominio da pura histologia-patologica, devemos começar o estudo dos cortes histologicos, por uma observação de ordem topografica, verificando as lesões

em conjunto, que nos orientará sobre o maior ou menor numero de foliculos, a disposição destes, o maior ou menor numero de celulas gigantes, sobre o conjunto das lesões hiperplasicas conjuntivas para-inflamatorias e ainda sobre a maior ou menor abundancia dos vasos alterados e das zonas de necrose, bem como as respectivas dimensões dessas diversa formações.

Após, feito o estudo topografico, e já de posse de alguns dados de valor, para o diagnostico final, descemos então ao estudo histologico, particularizado, apreciando as relações entre si, dos diversos elementos componentes dos foliculos, estudando a estrutura das zonas de necrose, pesquisando as lesões para-inflamatorias, verificando o estado das paredes vasculares e observando a natureza e disposição da infiltração inflamatória.

Finalmente, passamos depois, ao estudo final, que consiste na análise citologica das celulas existentes nas lesões, isto é, das celulas de Langhans, das celulas plasmocitorias, das epitelioides, etc., não deixando de lado a verificação dos restos ou detritos celulares das zonas de necrose, bem como o aspéto especial do proprio tecido necrosado, de incontestavel valor para o diagnóstico.

#### **Caracteres diferenciais, entre o granuloma sifilitico terciario, em inicio, e o granuloma tuberculoso**

a) As formações foliculares ou nodulares inflamatorias sifiliticas são mais frequentes, em maior numero, e de dimensões menores que nas lesões nodulares tuberculosas.

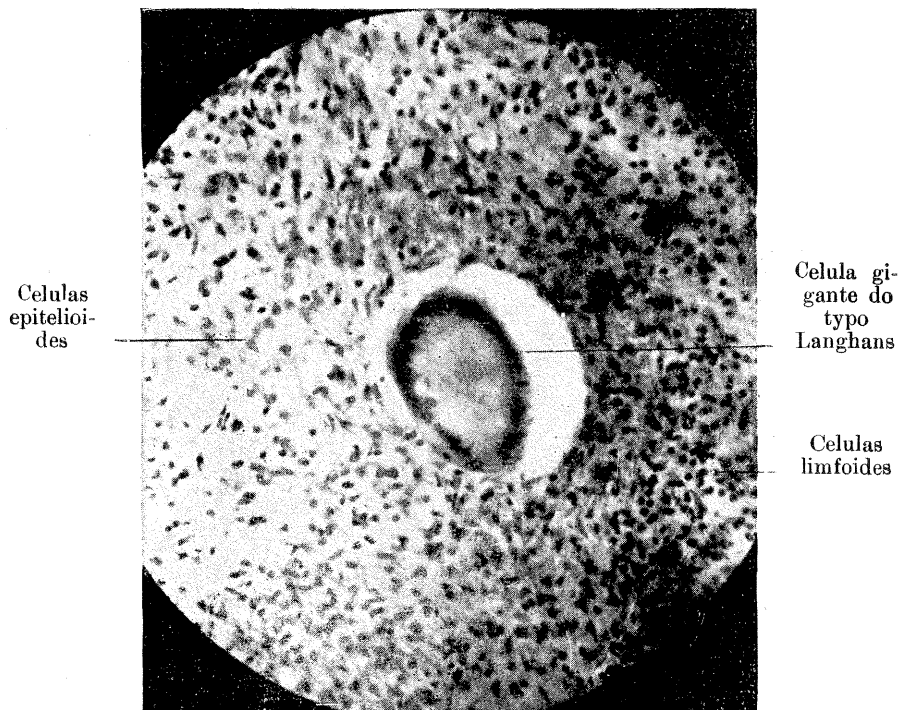
b) As formações foliculares ou nodulos inflamatorios sifiliticos, não se apresentam com aquela disposição tipica, **esquemática**, como succede nas lesões nodulares tuberculosas; microfotografia B.

c) As celulas gigantes, que se podem apresentar com os mesmos caracteres citologicos das celulas do tipo Langhans das lesões tuberculosas, são sempre, na sífilis, em pequeno numero, podendo-se considerar como raras, faltando mesmo, com frequencia, quer em pleno folículo elementar, quer na periferia dos nodulos gomosos, ou porque não tenham tido tempo de se constituírem, ou porque tenham sido totalmente destruidas pelo processo de necrose e contrastando, dessa forma, com a relativa abundancia das celulas gigantes nas lesões nodulares tuberculosas.

d) A infiltração inflamatória plasmocitária perivascular, ou mesmo difusa, na sífilis é muito mais acentuada que nas lesões tuberculosas, que com frequencia não apresentam sinais, siquer, desse tipo de infiltração.

e) As alterações de peri-meso-endo-vascularite das lesões sifilicas são mais acentuadas e generalizadas que nas lesões tuberculosas, podendo os vasos apresentar lesões tão intensas, que chegam ao estado de trombose.

f) A goma sífilítica, em começo, apresenta zonas de necrose de aspéto fibrinoide, em virtude dos restos nucleares aí existentes, provindos da destruição parcial dos elementos celulares, ao passo, que a necrose das lesões tuberculosas é total.



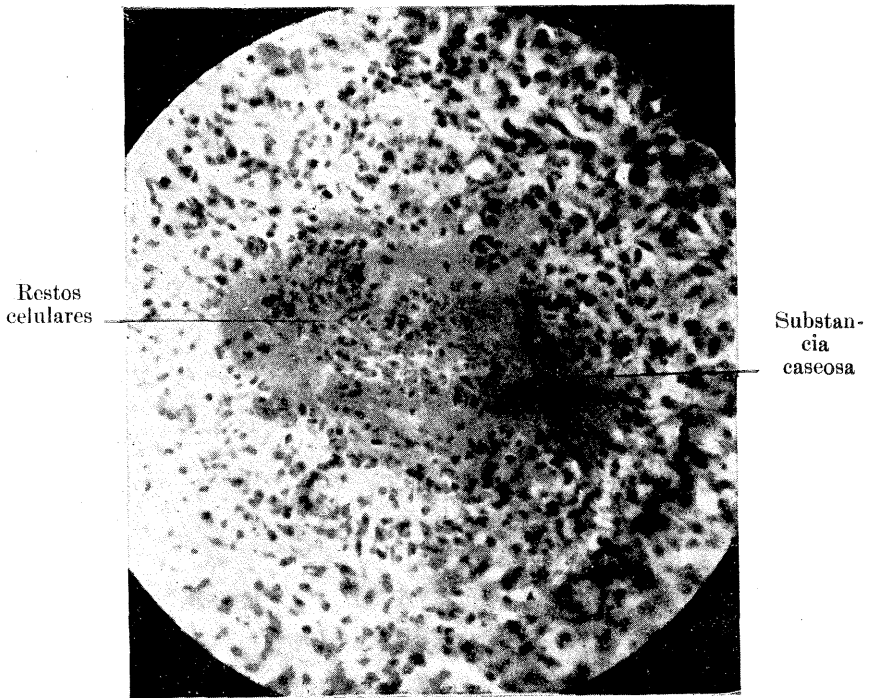
Microf. B. — Folículo tuberculoso

**Caracteres diferenciais, entre a goma ou granuloma sífilítico terciário, em fase avançada da sua evolução, principalmente na fase esclero-gomosa, e o granuloma tuberculoso**

a) As zonas de necrose da sífilis, nesta fase, não apresentam o aspéto granuloso, homogêneo, fortemente acidófilo das lesões tuberculosas, mas o aspéto translúcido e fracamente acidófilo.

b) O processo de necrose dessas lesões sífilíticas não é total, completo, mutilante como se verifica na necrose tuberculosa, em que desaparecem totalmente os elementos tissulares, até mesmo o resistente tecido elástico, sem deixar vestígios, mas, ao contrário, nos focos de necrose permanecem restos nucleares, celulares, vasculares, de fibras elásticas, etc., e até mesmo vasos vivos, intáctos ou com “lesões específicas”, mas ainda perfeitamente permeáveis ao sangue, que escaparam ao processo de mortificação, constituindo este caráter diferen-

cial, um elemento de grande valor para o diagnostico diferencial; microfotografias C e D.



Microf. C — Fôco de necrose n'uma goma sífilítica

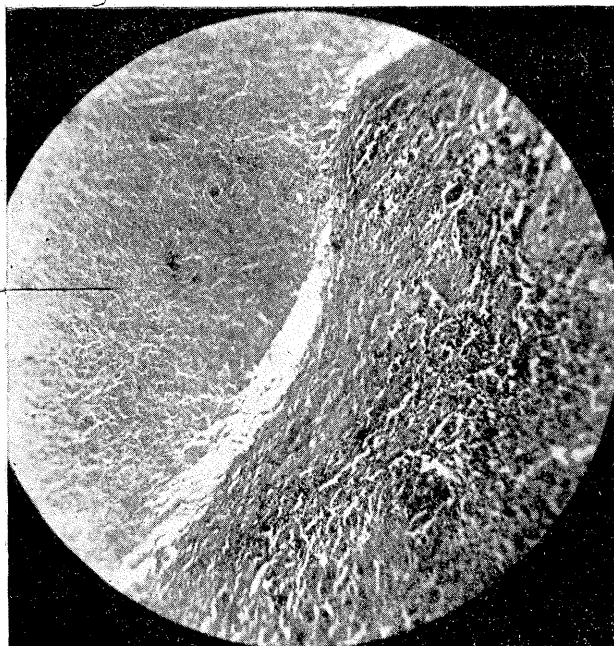
c) As lesões hiperplásicas inflamatórias, do tecido fibroso, que constituem a esclerose peri-gomosa, são mais acentuadas, mais abundantes que nas lesões tuberculosas, isto é, a capsula conjuntiva, fibroide ou de esclerose, que circunda a zona de necrose sífilítica, que contribue para formar a chamada esclero-goma, é mais acentuada do que aquela que se constitui em redor das zonas de mortificação das lesões tuberculosas e que por sua vez constituem a formação esclero-caseosa; o tecido é mais abundante, e toma, por vezes, devido ao seu modo especial de extensão, o aspecto estelar, dando lugar às chamadas "cicatrices estreladas".

Convém lembrar aqui, que devemos compreender, como nos granulomas em geral, por lesão inflamatória, o proprio tecido de granulação e por lesão para-inflamatória, o tecido fibroso ou conjuntivo, a esclerose enfim, lesão não inflamatória propriamente dita, que prolifera em redor do tecido de granulação, constituindo antes uma lesão hiperplásica; a lesão inflamatória constitue a causa e a lesão hiperplásica o efeito, apesar da estreita conexão de ambas.

d) O modo de separação das lesões sífilíticas e tuberculosas fornece, também, dados seguros de diferenciação; enquanto que na go-

ma sífilítica se verifica a cicatrização completa das lesões e um processo de reparação, consubstanciado num processo inflamatório vegetante, que repara completamente as partes destruídas, nos nódulos tuberculosos esclero-caseosos tal não se verifica, e a calcificação é o termo ultimo, por vezes, da reparação dos tecidos destruídos pelas lesões tuberculosas.

Substancia caseosa  
sem restos celulares



Microf. D. — Fóco de necrose n'uma lesão tuberculosa

e) A goma sífilítica, na fase mais avançada da sua evolução, reúne-se ás gomas circunvizinhas e, unidas, constituem vastissimas zonas ou territorios necrosados, onde se percebem sempre restos celulares, tissulares, de fibras elasticas, de nucleos, etc., que lhe dão um aspéto bem oposto ás zonas de necrose do granuloma tuberculoso, onde os restos celulares não se verificam.

Torna-se pois indispensável, para chegarmos a um diagnostico histo-patologico diferencial exáto tanto quanto possível, entre o granuloma sífilítico terciário e o granuloma tuberculoso, colhermos o maior numero de dados, quer de ordem topografica, quer histologica e citologica, aprecia-los em conjunto, e não nos atermos á certos e determinados caracteres microscopicos, que nos poderão conduzir á lamentaveis erros de diagnostico; e, assim procedendo, devemos fazê-lo, ainda mesmo nos casos em que as lesões se apresentem com aquele aspéto esquemático já referido.