

## Um caso de tuberculose lingual

por

Mario Tolla

e

Helmuth Weinmann

Catedrático de Clínica Obstétrica. Ass. de Anatomia e Fisiologia Patológicas.

Dentre as localizações do bacilo de Koch é sem duvida a da lingua uma das menos frequentes. E' esta a razão pela qual publicamos a presente observação. Na hora actual acha-se quasi abandonada a antiga idéa de ser primitiva a tuberculose nesta localização; efetivamente, não é sinão excecional este facto. Deveria haver a coincidência de uma solução de continuidade do órgão e a contaminação posterior pelo agente da bacilose. A quasi totalidade das lesões desta natureza se refere a localizações secundarias de uma das costumeiras formas cronicas da tuberculose. A invasão faz-se por via sanguinea, provindo o germe de um órgão distante, principalmente do pulmão.

### *Observação*

O doente a que se refere o caso que vai ser descrito apresentou-se, pela primeira vez, no consultorio no dia 4 de abril da ano findo, levado exclusivamente por causa "de uma ferida que lhe apparecêra na lingua, sem que ele soubesse como, havia dois mêses," e que com o se tornar gradativamente mais funda e dolorosa já começára a embarçar a fala e a impedir a mastigação e a deglutição.

O paciente, com efeito, falava com dificuldade. Apresentava ele, além disso, na ocasião em que expunha o seu sofrimento, acentuada rouquidão e tosse.

O exame da lingua revelou uma ulceração assestada no bordo esquerdo, terço medio daquele órgão, do tamanho de um grão de milho, anfractuosa, arroxeadá, marginada por uma orla espessa, saliente e esbranquiçada. Como satellite da lesão, um ganglio submaxilar hipertrofiado expunha-se á simples inspecção.

O carater de malignidade da lesão parecia, de inicio, justificar-se na elaboração do diagnostico, tanto mais que o doente se queixava, tambem, de grande perda de forças e de progressivo emagrecimento, sintomas que ele, aliás, attribuia á dificuldade de nutrir-se.

O exame geral do paciente foi, entretanto, aos poucos, desviando do nosso espirito, para novo rumo, a primeira impressão de estarmos em face de um cancer.

E' que a percussão e ausculta do aparelho respiratorio denunciavam, clinicamente, uma tuberculose que, tendo, em maior parte, se asse-

## Um caso de tuberculose lingual

Fig. 1 — Lesão de natureza tuberculosa.

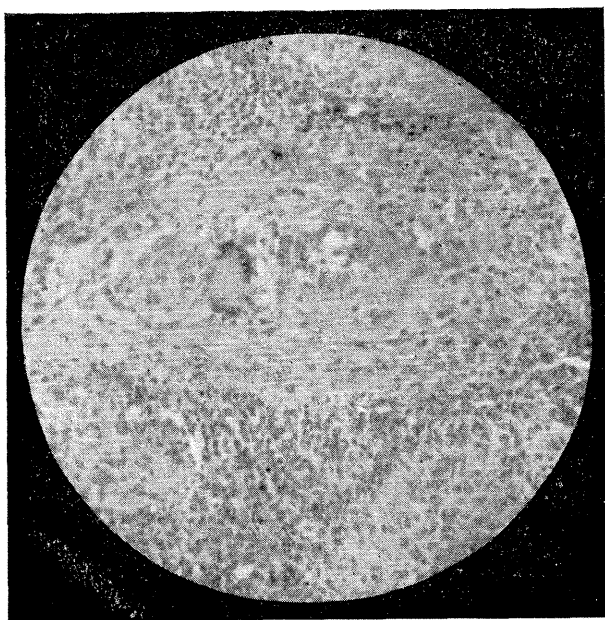
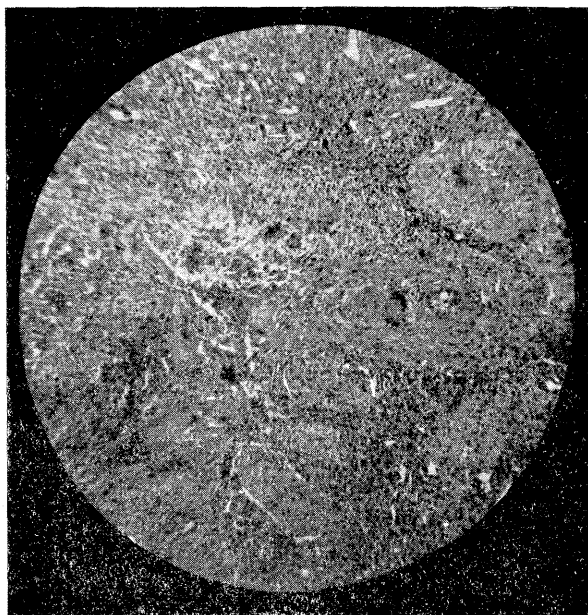


Fig. 2 — Foliculo tuberculoso. Celula gigante do tipo Langhans, zona intermediaria de celulas epitelioides e periferica de elementos linfocitarios.

Totta e Weinmann.

nhorado do pulmão esquerdo, também se disseminára em boa porção, no pulmão direito.

Temperatura axilar — eram 4 horas da tarde — 38,2°. Pulso — 110.

Encaminhámos imediatamente o doente ao laboratório para as necessárias pesquisas e, a seguir, para uma radiografia dos pulmões.

O resultado desses exames confirmou integralmente o diagnostico da tuberculose pulmonar e firmou a natureza tuberculosa da lesão lingual: indice de Vélez positivo, muitos bacilos de Koch no escarro. O exame radiologico revelou “infiltração parenquimatosa, extensa, difusa, bilateral, tipo ulcero-caseosa, de forma evolutiva” (Saint-Pastous e P. Maciel). O doente faleceu em meados de Maio.

### *Pesquisas laboratoriais*

O exame histo-patologico, fulcro, do diagnostico etiologico da lesão lingual, revelou, como se vê nas microfotografias que acompanham este trabalho, inflamação granulomatosa de natureza tubercular.

Formula leucocitaria:

|                                      |        |
|--------------------------------------|--------|
| Polimorfonucleares eosinofilos ..... | 1,50   |
| “ basofilos .....                    | 0,00   |
| “ neutrofilos:                       |        |
| Mielocitos .....                     | 0,00 % |
| Formas jovens .....                  | 4,50   |
| “ em bastonete .....                 | 23,50  |
| “ segmentadas .....                  | 49,00  |
| Linfocitos .....                     | 8,50   |
| Monocitos .....                      | 13,00  |

Contagem global dos leucocitos: 11.230 por mm<sup>3</sup>

Hemacias: 3.904.300 por mm<sup>3</sup>. Ligeira poiquilocitose e anisocitose.

Hemoglobina (Sahli) 59 %

Indice de Vélez:

$$\frac{I}{41} \quad \frac{II}{47} > \frac{III}{11} \quad \frac{IV}{1} \quad \frac{V}{0}$$

Indice de sedimentação (Westergreen): 132.

R. de Wassermann e Meinicke: resultado negativo.

Inoculação em cobaio — O animal foi inoculado com o produto da raspagem da ulceração emulsionado em sôro fisiologico. A inoculação foi feita na face interna da coxa esquerda no dia 12 de Abril de 1933. No dia 4 de Agosto o animal amanheceu morto.

No ponto da inoculação nota-se uma ulceração coberta de pús esverdeado. Os testiculos acham-se hipertrofiados e mais acentuadamente o

esquerdo. Pela abertura da cavidade abdominal escorre um liquido sero-sanguinolento. O baco acha-se aumentado de 2 a 3 vezes seu volume e disseminado de pequenas massas cremosas; identicas lesões observam-se no figado. Hipertrofia das capsulas supra-renais e rins; estes apresentam uma côr palida. Os tuberculos pulmonares, revelam por cortes posteriormente praticados, a natureza da lesão. Das fossas nasais escorre pús cremoso.

### *Comentario*

A observação acima vale, em primeiro logar, pela raridade da lesão e, em segundo logar, pela imprescindivel necessidade do exame histopatologico em tais circunstances.

A raridade ressalta do restrito numero de casos citados nas letras medicas. No "Boletin del Instituto de Medicina Experimental" n.º 30, julho de 1932, pag. 338 — Roffo, Rosner e Gandolfo, dissertando sobre as ulceras tuberculosas da lingua, a proposito de numerosos doentes enviados aquele Instituto, como portadores de carcinomas, coligiram apenas 15 observações. Mau grado esta escassez, já Baumés em 1778 assinalou a lesão lingual nos casos de tuberculose e depois dele, sucessivamente Ricord, Buzenet, Trelat e outros publicaram observações referentes a essa localização do bacilo de Koch, seja, como já dissemos rarissimamente num processo primitivo, isto é, por inoculação direta, seja secundaria ás lesões tuberculosas pulmonares, osseas, ganglionares, etc.

A necessidade da pesquisa histologica por si mesma se evidencia, afim de firmar o diagnostico diferencial sobretudo com o cancer, as ulceras traumaticas de origem dentaria ou outras molestias. E' a sífilis que deve merecer particular cuidado na discussão do diagnostico diferencial. Com efeito, não é das mais facéis a distinção da imagem microscopica da tuberculose e lues, embora existam características particulares a cada uma delas. A evolução do processo e as provas laboratoriais praticadas não deixam duvidas quanto á origem bacilar do caso em apreço.

A forma mais frequentemente observada de tuberculose da lingua é a ulcerosa. A sua séde, por ordem de frequencia, é um dos bordos, na ponta, sobre a face dorsal e mais raramente na face inferior (Letulle). No inicio da alteração é notado apenas um pequeno ponto saliente de côr avermelhado-palida. Só mais tarde a mucosa se ulcera e atinge então o tamanho aproximado de dois a quatro mms. de largura. A' medida que o foco progride, o processo vae atingindo a sub-mucosa e as camadas musculares. A ulceração é quasi exclusivamente unica.

O estudo histologico revela desde o inicio a forma tuberculoide da lesão: um ou varios gigantocitos no meio do conjunto de celulas epitelioides, de contornos mal delimitados, circundando o todo um exsudato limfocitario. E' rara a caseificação do tuberculo. Todos os elementos celulares oferecem uma falta de resistencia explicavel pela escassez de vasos.

*Bibliografia*

- A. H. Roffo, S. Rosner e A. Gandolfo — Ulceras tuberculosas de la lengua. Boletín del Instituto de Medicina Experimental, n.º 30, año 1932.
- A. H. Roffo — Miolisis nodular de la lengua. Idem n.º 19, año 1928.
- P. Moulonguet — L'actinomycose de la langue. Annales d'Anatomie Pathologique, n.º 9, año 1932.
- L. Aschoff — Pathologische Anatomie, 1923.
- M. Letulle — Anatomie Pathologique, 1931.
- G. Roussy, R. Leroux, C. Oberling — Précis d'Anatomie Pathologique, 1933.