

Contribuição ao diagnóstico da Síndrome de Meige

por

Saint. Pastous

Diretor do Ambulatório de Clínica Médica da Santa Casa.

Em colaboração com o Dr. Pedro Motta, assistente do Ambulatório

I Observação: Eronita S., 25 anos, solteira, natural deste Estado, residente à Avenida Oswaldo Aranha, n.º 398. Compareceu à consulta do Ambulatório de Clínica Médica de Mulheres da Santa Casa, por motivo de grande tumefação da perna direita.

Molestia atual iniciada há 2 anos. Ao acordar, uma manhã, notou leve tumefação no pé direito. 4 dias após, pessoas da família chamaram-lhe atenção para o crescimento da perna direita. Por nada sentir de molesto, não se preocupou com o acontecido e só quando o edema tomou maiores proporções é que consultou médico, tendo feito então injeções de Hg e Bi, assim como uso de outros remédios, tudo sem resultado. O edema progredia em volume, mas sem atingir a articulação do joelho; sempre indolor. Por ocasião de contusões na perna, escorria dela grande quantidade de líquido amarelado, por espaço até de 8 a 10 horas, reclamando o envolvimento de grande quantidade de panos, afim de não humedecer a cama; esse escoamento de líquido nunca foi acompanhado de sangue.

Antecedentes hereditários: sem importancia. Em pessoa alguma da família houve caso semelhante.

Antecedentes pessoais: Nunca teve doença grave. Até os 15 anos, urinava na cama, à noite. Menstruação normal; menarquia aos 13 anos. Suas urinas sempre foram amareladas. Não teve adenites, nem estado inflamatório no membro inferior direito; o edema sempre foi indolor. Nunca foi operada.

Exame local: Membro inferior direito: perna e pé grandemente aumentados de volume; edema duro, indolor, sem deixar marcada a impressão do dedo compressor; estendendo-se do pé, envolve a perna, deixando-se nitidamente abaixo do joelho, do qual está separado por um limite preciso e linear, reproduzindo com perfeição a classica comparação de uma bota. Pele glabra, coloração e temperatura normais.

Estado de nutrição bom. Estado psíquico normal. Nada de anormal em relação aos diversos aparelhos orgânicos.

Pesquisa de microfilária negativa (Laboratório Dr. Carlos Geyer).

Exame fisico-quimico do liquido proveniente da perna edemaciada: Elementos caracteristicos de transudato.

Exame de urina: nada de importancia.

Exame radiografico: Imagem radiologica de deiscencia vertebral do segmento lombo-sacro.



Paciente da Obs. n.º I (de face)

II Observação: Elvira M. da S., 27 anos, branca, brasileira, casada, natural deste Estado, residente á rua Pacificação n.º 839. Compareceu á consulta do Ambulatorio de Clinica Médica da Santa-Casa no dia 7 de Maio de 1934, por motivo de grande tumefação da perna direita.

Molestia atual teve começo ha cêrca de 5 anos, originando-se no pé direito o edema que, progressivamente, se elevou á perna, estacando abaixo da articulação do joelho, que não atinge e do qual está separado por um limite nitido. Quando em repouso prolongado, o edema diminue sensivelmente, para reaparecer depois com o exercicio. Nunca sofreu traumatismo sobre o membro doente. Após muito tempo do aparecimento do edema, teve uma infecção manifestada na séde da tumefação. As contusões sobre o membro doente provocam grande transudação de liquido amarelado, por espaço de varias horas. Nas épocas menstruais, o edema não sofre alterações.

Antecedentes hereditarios: Nada refere de importancia, assim como não sabe informar sobre a preexistencia de casos semelhantes ao seu.

Antecedentes pessoais: Menarquia aos 15 anos. Fluxo menstrual normal. Nunca teve adenites. Passado de litíase renal. Urina sempre de coloração normal.

Exame local: Perna direita aumentada de volume, dando impressão de uma bôta; o edema, que se estende do pé até a porção inferior da articulação do joelho, é duro, indolor, não gravando a impressão do dedo



Paciente da Obs. n.º I (de perfil)

que comprime; coloração da pele normal; ha efidrose e hipertricose nesse segmento do membro inferior D; temperatura local normal. Varizes no membro oposto.

Pesquisa de microfilária negativa (Laboratorio Dr. Fernandes Peña).

Exame químico e citológico do liquido emanado do edema: caracteres francos de transudato.

III Observação: Jeronima A., 58 anos, de côr preta, brasileira, casada, natural deste Estado, residente á rua Luiz Manoel, n.º 5; compareceu á consulta do Ambulatorio de Clinica Médica de Mulheres da Santa-Casa, no dia 25 de outubro de 1933, por motivo de edema acentuado da perna direita e antebraço esquerdo. Informa que ha 7 anos manifestou-se bruscamente, sem dôr e sem febre, estado edematoso no antebraço esquerdo, estendendo-se á mão e ao terço inferior do braço;

logo a seguir, o mesmo edema apareceu na perna direita, desde o tornozelo até a articulação do joelho, que não atinge e da qual está separado por nitida linha de limitação superior.

Antecedentes hereditários: Um irmão tuberculoso.



Paciente da Obs. n.º II (de face)

Antecedentes pessoais: Sarampo. Reumatismo articular agudo. Não teve filhos. Não tem passado venereo. Menopausa aos 45 anos. Reação de Wassermann negativa. Urinas sempre de coloração normal. Aortite crônica com ectasia.

Hipertensão arterial: Mx. 24, Mn. 11, Md. 13. Albuminúria leve. Ausência de estigmas ou sintomas neuro e psicopáticos.

Exame local: Membro superior esquerdo: edema duro, elástico, indolor, terminando precisamente ao nível das articulações do cotovelo e do punho, sem atingi-las. Pêlo de coloração e temperatura normais. Ganglio epitrocleano sensivelmente aumentado. Mão de aspeto normal.

Membro inferior direito: Edema, com caracteres idênticos, ao nível da perna direita, iniciando-se abaixo da articulação do joelho e estendendo-se até ao tornozelo. Não ha cicatrizes, nem sinais de varizes, nem adenopatias.

Pesquisa de microfilária negativa (Laboratório Dr. Pereira Filho).

Conclusões: Três pacientes, do sexo feminino, portadoras de edema segmentário, periférico, com caracteres peculiares á *síndrome de Meige ou trofoedema crônico*, localizado, nos três casos, na perna direita e também no antebraço esquerdo (na doente da III observação).

Trata-se nos três casos de trofoedema adquirido, declarado na primeira doente aos 23 anos, na segunda aos 22 anos, e na terceira aos 51 anos de idade; em nenhum deles, verifica-se a origem hereditária ou familiar.

No primeiro caso, houve coexistência de enurese noturna e deiscência vertebral lombosacra. Ausência, em todos, de síndromes psicopáticas.



Paciente da Obs. n.º III (de face)
Membro superior esquerdo.

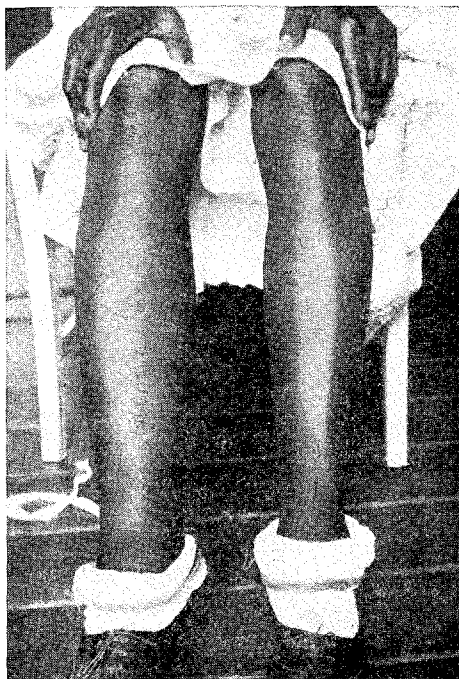
Pesquisa de microfilária, negativa nos três casos.

Sinais físico-químicos de transudato, em dois casos. Em nenhuma das observações estão consignados sinais de anomalias congênitas de carácter patológico, assim como indícios veementes de disfunção endócrina, com referência ao aparelho genital.

Também não há nos comemorativos referências de traumatismos ou de estados infecciosos gerais ou locais, especialmente com relação ao sistema linfático, suscetíveis de serem invocados como possíveis fatores etiopatogênicos da síndrome trofoedêmica.

Excluídas, na diagnose diferencial, as lipodistrofias, as adiposes localizadas, a síndrome de Dercum, as elefantíases nostras, as elefantíases secundárias, o mixedema circunscrito, os edemas cardíacos, nefríticos, caquéticos, neuropáticos e os edemas angio-neuróticos agudos, já por exclusão, já pela evidencição dos caracteres morfológicos e pelas particularidades da iniciação e do evoluir da afecção, si bem que, em nenhum

dos casos estejam consignados antecedentes hereditários, o que nem sempre é fácil de verificar, dada a incapacidade desta sorte de pacientes de serem exatos e verdadeiros em acontecimentos perdidos na penumbra ancestral, *parece-nos lícito filiar os casos, cujas observações acabámos de referir, á Síndrome de Meige ou Trofoedema crônico*, descrita em 1892 por Milroy, em 1897 por Debove, e estudada de modo magistral por Henry Meige, em 1899.



Paciente da Obs. n.º III (de face)

Membro inferior direito.

A Síndrome de Meige constitue assunto de escassas referencias na literatura médica, onde são relativamente raros os casos publicados, segundo ainda recentemente, em dezembro do ano proximo passado relatam em trabalho completo, Florencio Bazan e Herta Otte, do Instituto de Pediatria do Hospital de Crianças de Buenos-Aires, concluindo após apresentação de uma interessante observação, pelo comentario de serem raros os casos na bibliografia nacional argentina, como tambem na literatura médica estrangeira.

Por estas razões, assim como por não termos conhecimento de nenhuma contribuição em nosso meio referente ao diagnóstico da síndrome de Meige, é que julgamos interessante trazer do serviço de Ambulatorio de Clinica Medica de Mulheres da Santa-Casa este trabalho, com apresentação de três casos, estudados em colaboração com o distinto colega Dr. Pedro Motta, assistente do referido Ambulatorio.

Quadro clinico classico do TROFOEDEMA CRONICO de MEIGE

Edema “segmentario”, cronico, branco, indolor, brando no começo, mais tarde duro, elastico, não gravando a depressão do dedo.

- Localização:*
- 1) habitualmente nos membros inferiores, em especial nas pernas;
 - 2) ás vezes, nos membros superiores;
 - 3) excepcionalmente no tronco e na face;
 - 4) quasi sempre unilateral; quando bilateral, mais acentuado de um lado;
 - 5) o limite superior, quasi sempre abaixo da região articular correspondente, é marcado nitidamente por um traço de separação com os tecidos normais, onde se detem bruscamente.

*

- Módo de aparecimento:*
- 1) Insidioso, indolor, despercebido do proprio doente ou então, rapidamente, da noite para o dia;
 - 2) outras vezes, a iniciação é dolorosa, com sintomas neuralgicos.

Evolução: Depois de constituido o trofoedema, conserva no decurso da vida as proporções adquiridas; o repouso prolongado atenúa em parte a intensidade do edema, enquanto a posição vertical e a marcha o exacerbam.

- Origem:*
- 1) Congenita, hereditaria e familiar;
Milroy cita 22 casos em 6 gerações de uma familia com 79 membros;
Meige: 8 casos em 4 gerações;
Boks: 6 casos em 2 gerações de uma familia com 24 membros;
Kondoleon: um menino, seu pai e duas tias, todos na mesma idade;
Egas Muniz: três irmãs, em uma das quais ainda havia edema de Quinke.
 - 2) Adquirido, com aparecimento na puberdade.

Frequencia: Rara.

Mais comum na mulher que no homem.

“ “ na puberdade.

Coexistencia de disturbios mentais (psicoses), endocrinopaticos e deformações osseas: Spina bifida oculta, luxações.

Mecanismo etiopatogenico obscuro e controvertido:

I Distrofia familiar de origem nervosa: imperfeição congenita dos centros medulares e simpaticos que presidem ao trofismo do tecido ce-

lulo-cutaneo, com applicação da teoria metamérica de Brissaud na distribuição segmentaria do edema (Meig).

II Distrofia de origem simpática (Meige, Etienne, Parhon-Sicard, Laignel-Lavastine), ou endocrino-simpática (Ayala, Couloujou, Terrien, Saquet).

III Medulo-radiculite: Coexistencia de trofoedema e Spina fibida oculta (A. Léri, A. Feil, Sicard, Hagnenan, Wallich, Thomas, Jarosky, F. Bazan e H. Otte, Engelhardt e Leroy).

IV Origem endocrinopática: disfunção ovariana (Memme-Sheimer), das glandulas sexuais e correlatas (Egas Muniz), tireoidiana (Hertoghe), forma frusta de mixedema (Darier).

V Origem traumática (Laignel Lavastine, Sicard, Etienne, Chiapori).

VI Origem vascular: lesão venosa ou perivenosa (Leriche), linfática (Valobra, Antré Léri).

VII Origem humoral: dismetabolismo calcico ou fenomeno de osmose do tegumento e tecido celular subcutaneo.

VIII Origem infecciosa: molestias infecciosas agudas.

Diagnóstico diferencial:

- I Lipodistrofias (obesidade dos membros inferiores).
- II Adiposes localizadas.
- III Adipose dolorosa ou Síndrome de Dercum.
- IV Elefantiasas nostras.
- V " secundarias (filariose, sífilis, tuberculose).
- VI Mixedema circunscrito.
- VII Edemas cardiaco, nefritico, caquetico, neuropaticos (paralísias, histeria, etc.).
- VIII Edema de Quincke e urticaria gigante.

Tratamentos — Resultados incompletos ou nulos:

Opoterapia tireoideia (Hertoghe), ovariana, pluriglandular.

Operação de Walther: drenagem do tecido subcutaneo para o tecido subcutaneo abdominal.

Simpatetomia periarterial de Leriche.

Laminectomia.

Operação de Kondoleon: excisão do tecido conjuntivo e drenagem dos planos superficiais ou profundos (Sussini e Casanbón).