

Úlcera tuberculosa do véu do paladar.

por

Hugo Ribeiro

Diretor de Serviço de Dermatosifilografia da Santa Casa de Misericórdia.

O artigo publicado, em um dos últimos números de nossa Revista, pelo professor Mario Totta, em colaboração com o Dr. Helmuth Weimann, creou a oportunidade para fazermos a narração de um caso, de úlcera tuberculosa do véu do paladar, recentemente observado em nossa clínica particular.

Trata-se de um homem de 29 anos de idade, residente no interior do Estado, que, veio a Porto Alegre, a conselho de seu medico assistente, para consultar um dermatologista, sobre uma afecção da mucosa bucal e precisar um diagnostico com os recursos laboratoriais, não existentes na cidade de sua residencia.

Examinando a boca, constatámos uma ulceração no véu do paladar, mais ou menos do tamanho de uma moeda de 200 réis, mas, sem os contornos numulares, pois era alongada e com bordos que apresentavam pequenas chanfraduras. O fundo em um só plano era granuloso e raso.

A ulceração estava situada no meio de uma placa eritematosa, na qual se notavam pustuletas, do tamanho de uma cabeça de alfinete, muito proximas dos bórdos.

As pequenas chanfraduras observadas eram formadas a custa do rompimento das pustuletas na ulcera, que contribuiam, assim, para sua formação e marcha progressiva.

Como sintoma subjetivo, temos apenas que mencionar ligeira dôr provocada pelo contato de corpos solidos. Espontaneamente, não havia dôr e o doente podia alimentar-se perfeitamente bem, apenas evitando os alimentos, demasiadamente duros, como por exemplo, a crôsta de pão.

A historia era a seguinte: ha um ano e meio o paciente notou uma pequena lesão que julgou tratar-se de uma afta. Desde então a pequena ulceração aumentou gradativamente até atingir as dimensões atuais.

Primeiramente foi diagnosticada como de natureza sifilitica e o medico consultado iniciou e completou um tratamento especifico, com 914 e bismuto, sem nenhum resultado favoravel obter. Fez, tambem, tratamentos locais, não nos sabendo o doente informar quais os medicamentos empregados.

Para fazermos o diagnostico, primeiramente, procuramos excluir a sífilis, o que nos foi facil, não só em vista do resultado do tratamento especifico, executado sem resultado, que teve o valor de um tratamento de próva, como tambem pelo aspéto morfologico das lesões, em relação ao tempo de evolver.

As ulceras sifiliticas do véu do paladar, consecutivas a goma, evol-

vem para a profundidade, destruindo os tecidos até a completa perfuração, que se traduz por uma rica sintomatologia.

Em nosso caso a destruição se faz em superfície; é uma ulceração rasa, sem nenhuma tendência para a perfuração que, no caso de ser de origem luetica, já tinha o tempo de um ano e meio, mais que suficiente para suas destruições habituais.

Como lesão de sífilis secundária, era pouco provável, pois nenhuma outra manifestação deste período barulhento da sífilis apareceu, caracterizando o mal.

Vendo pouca probabilidade na sífilis, tínhamos, forçosamente, que pensar na tuberculose e enviamos o doente ao Dr. Maya Faillace afim de proceder á pesquisa diréta de bacilos acido-resistentes.

Dois esfregaços foram feitos, um com material colhido da superfície tal qual se apresentava e outro, com material obtido por curetagem dos bórdos, depois de convenientemente limpa toda a ulceração. Em ambos, os resultados foram positivos, sendo que os bacilos se mostraram mais numerosos no esfregaço feito com material da curetagem.

Essa pratica nos parece indispensavel, pois é facil supor que em um tuberculoso com bacilos no catarro possa haver em ulcerações de qualquer natureza, bacilos de Koch depositados, sem que tenham ação patogénica no local em que foram encontrados.

Tínhamos, assim, confirmado pela bacteriologia, o diagnostico clinico da ulcera bucal. O diagnostico porem não estava completo, pois é sabido que ulceras dessa natureza têm seus pontos de predileção nas mucosas bucal e anal, porque elas são produzidas pela inoculação diréta dos bacilos de Koch ao passarem por essas mucosas, trazidos de outras regiões afetadas pelo mesmo mal.

Procuramos então vêr as condições do laringe e dos pulmões, enviando o doente ao laringologista — Dr. Guilherme Valentim — que constatou lesões laringeas da mesma natureza e ao Instituto de Radiologia do Dr. Pedro Maciel, que fez radiografias, que evidenciam alterações dos apices pulmonares, aliás facilmente diagnosticadas clinicamente.

O diagnostico dessas ultimas localizações é indispensavel para o racional tratamento da ulcera bucal, pois toda cauterização será inutil e até nociva, uma vez que não se procurem melhorar as condições pulmonares e laringéas, responsaveis na formação da lesão bucal.

Quando observamos o caso, não pensamos fazer essa publicação, motivo pelo qual deixamos de ilustrá-la, com exames histo-patologicos, dispensaveis, deante da enfirmiação bacterioscópica da natureza do mal e da nenhuma suspeita clinica de associação ou transformação.