

Tuberculose verrucosa cutis

por

José Gerbase

Docente-Livre de Clínica Dermatológica; Assistente de Clínica Dermatol-
Sifiligráfica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre; Leprologo pelo
Centro Internacional de Leprologia

Atualmente muito bem conhecida dos dermatologistas, a TUBERCULOSE VERRUCOSA CUTIS assim denominada em 1886 por Riehl e Paltauf é, ao lado da Tuberculose Coliquativa a que mais se observa entre nós das tuberculosas típicas da pele.

O báculo da tuberculose pode provocar sobre a pele, manifestações várias; entre os elementos capazes de provar a natureza tuberculosa de uma dermatose, somente alguns têm valor citnífico absoluto. Estes elementos são: a) presença do vírus tuberculoso nos cortes; b) inoculações positivas nos animais receptíveis; c) culturas do tecido. As dermatoses apresentando um ou alguns desses caracteres e outros de ordem clínica é que chamamos de Tuberculosas Típicas da Pele. Estas são: a) tuberculose fungosa; b) tuberculose ulcerativa (ulcerações secundárias da pele e das mucosas; cancro tuberculoso primitivo); c) tuberculose verrucosa; d) tuberculose coliquativa (goma tuberculosa, eserofuloderma); e) tuberculose luposa (lupus vulgar).

Para completar estas noções, faremos superficial consideração sobre o outro grupo que, não apresentando os caracteres acima descritos, oferecem, no entanto, certos dados de probabilidade de infecção tuberculosa, como sejam: a) estrutura histológica tuberculoide; b) reações biológicas; c) coexistência de outras manifestações tuberculosas; d) um determinado aspecto clínico, uma evolução e circunstâncias etiológicas especiais. Estes dados de probabilidade fazem pensar numa estreita relação das dermatoses deste grupo com a tuberculose. Em 1896 Darnier agrupou-se sob a designação genérica de TUBERCULIDES. As de sede dermo-epidérmicas são: a) tuberculides papulo-neeróticas; b) tuberculides liquenoides ou liquen eserofulosorum; c) tuberculides acneiformes ou acne caquetecorum de Hebra; d) tuberculides lupoides (sarcoides benignos de Boeck); e) tuberculides eritemato-atrofiantes (lupus eritematoso); f) tuberculides eritematosas (lupus eritematoso exantemático. As de sede hipodérmica, são: a) sarcoides hipodérmicos de Darnier-Roussy; b) eritema indurado de Bazin e c) sarcoides nodosos disseminados. A etio-patogenia das tuberculides é ainda hoje muito desentida; para alguns autores, como Nicolas e Gaté as tuberculides são consideradas na sua maioria como síndromes que podem ser causadas pela tuberculose ou outras infecções. O momento não comporta digressão e aqui encerramos as nossas rápidas considerações sobre as tuberculides.

Praticamente, só o báculo tuberculoso humano e o bovino são capazes de provocarem a tuberculose verrucosa e outras tuberculosas típicas da pele.

A presença do báculo bovino é verificada sempre que o contágio é de natureza profissional e acomete, via de regra, os veterinários, açougueiros, ordenhadores, esfoladores. O caso citado por Heller apresenta uma particularidade interessante quanto ao contágio: um operário tendo utilizado leite para fazer uma tatuagem, determinou o aparecimento de lesões tuberculosas nos pontos injetados e impregnados pelo leite.

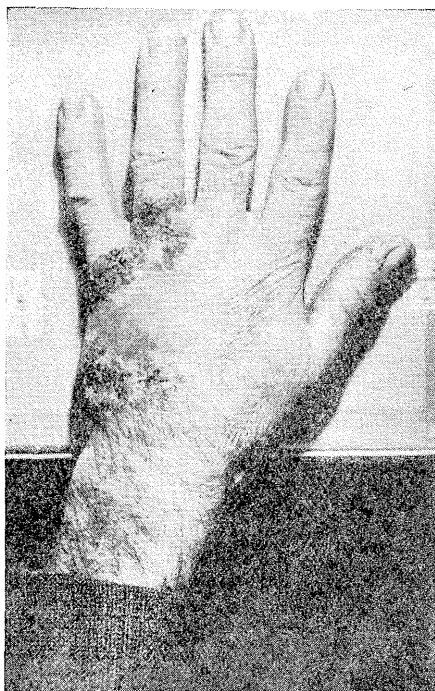


Fig. n. 1

Nos casos em que o contágio se verifica de maneira diferente, é o vírus tuberculoso humano o responsável pela grande maioria das tuberculosas da pele. Stuz pesquisando o báculo em 20 biopsias de tuberculosas cutâneas encontrou o vírus em 16 desses casos, percentual, aliás, nunca observado entre nós, pois, todos os casos que temos tido oportunidade de observar o são em maioria "desabitados". O referido autor constatou o báculo tuberculoso humano em seis casos de lupus vulgar e um de tuberculose coliquativa e o báculo tuberculoso bovino foi verificado em seis casos de lupus vulgar e em dois de tuberculose verrucosa.

Jenson em crianças menores de 15 anos, obteve culturas de báculo bovino em 82% dos casos, admitindo que o contágio tenha se dado pelo leite de vaca. Segundo Darier, o báculo humano é encontrado, em média, em 2/3 dos casos de lupus e o báculo bovino em 1/3. Na tuberculose coli-

quativa foi encontrado o báculo de origem humano em 9 casos e o báculo bovino em 4 casos; na tuberculose verrucosa foram constatados 17 casos de origem humana e 15 de origem bovina. Vemos, pois, a importância que pode ter a tuberculose de origem bovina nos países onde o leite é consumido em grande quantidade, principalmente quando não fervido.

A tuberculose verrucosa cutis pode ter como ponto de partida uma inoculação primitiva ou secundária.

“As lesões de primo-infecção só excepcionalmente são observadas. Quando perfeitamente constituídas, realizam, o típico “complexo primário” da concepção de Rank: lesão inicial, “cancro tuberculoso” da pele ou das mucosas e adenopatia satélite, consequente á inoculação direta do exterior de bacilos tuberculosos num organismo virgem da contaminação, donde a sua observação quasi só em creanças.” E’ este o caso da tuberculose verrucosa primitiva, representado pelo complexo primário com lesão inicial verrucosa, e é por certo uma forma rara, pois, na grande maioria a infecção tuberculosa primitiva se faz pelas vias respiratórias e, num número também apreciável de casos, pelas vias digestivas.

Como ficou dito, a tuberculose verrucosa primitiva vai-se tornando cada vez mais rara a medida que avança a idade, dado que a maioria dos individuos já contrairam, na puberdade, a infecção por outra via.

A tuberculose verrucosa pode ter, também, como ponto de partida reinfecções exogenas, quer de origem do próprio paciente com lesões primitivas de tuberculose pulmonar, gangliar ou óssea, quer de outras pessoas, quando há um tuberculoso bacilífero no ambiente do doente, como num caso observado e referido pelo meu mestre, Prof. Ramos e Silva e que tive oportunidade de acompanhar. O vírus tuberculoso, pode, ainda, por disseminação hemática, se localizar na pele, oriundo de um foco visceral ou gangliar e constituir uma tuberculose verrucosa, observando-se às vezes esta modalidade de contaminação após febres eruptivas anergisantes, como o sarampo (tuberculose verrucosa post-exantemática).

O caso clínico que motivou esta ligeira nota, tem a seguinte observação:

D. M. branco, brasileiro (Rio Grande do Sul), 47 anos, casado, residente nesta Capital, á rua São Salvador(71.

Antecedentes mórbidos familiares: sem importância.

Antecedentes mórbidos pessoais: na 1.^a infância sarampo e coqueluche; blenorragia aos 20 anos e diz sofrer de “bronquite” há dois anos, mais ou menos.

História da doença atual: há ano e meio quando trabalhava em serviços domésticos sofreu um traumatismo no dorso da mão esquerda, aparecendo-lhe posteriormente na parte traumatizada uma “verruga”. Do ponto inicial a lesão foi se extendendo para a região da referida mão, *enquanto cicatrizava a lesão primitiva*, e assim foi evoluindo até a presente data, observando o doente que “sae pús das lesões”.

Localização e descrição das lesões: apresenta no dorso da mão esquerda, na metade externa, duas placas verrucosas, uma localizada na

porção distal e se estendendo para os dedos mínimo e anular e a outra para a região do punho. (Fig. 1).

Ambas as placas têm um contorno eritemato-cianótico, são de superfície francamente papilomatosa, apresentando fendas em vários pontos. Separando as duas placas nota-se uma zona cicatricial eritematosa, ligeiramente atrófica. No exame do aparelho respiratório feito pelo Dr. Carlos Velho Monteiro foi constatado um processo pulmonar, diagnóstico este confirmado radiologicamente pelo distinto e competente colega Dr. Osorio Lopes, cujo laudo é o seguinte: "Hilos espessados e densos".



Fig. n. 2

Reticulo radiológico rico e bastante complicado, tanto ao nível das arborescências peri-hilares como no trauma secundário. Notam-se nodulos na intersecção dos tractos peri-bronco-vasculares, que tendem a se dispôr em poligonos.

Processo bilateral, provavelmente cicatricial, do tipo fibro-nodular." Quanto á séde das lesões, há uma predominância nítida para as extremidades, principalmente para as mãos e particularmente para a face dorsal como no caso presente. No entanto, outras localizações pódem ter as lesões, como seja: face, mucosa do lábio, antebraço, perna, pé e região peri-anal.

Após um periodo de incubação de semanas ou meses, surge no ponto inoculado um pequeno nódulo duro, córneo, hiperqueratósico, limitado

por uma zona vermelha ou violacea. A lesão praticamente é indolor, espontaneamente, sendo sensível á apalpação.

Evoluindo lentamente, a superfície dêsse nódulo se cobre de pequenas saliências e depressões, apresentando ragadias e fissuras de regular profundidade.

Como foi bem observado no nosso caso (Fig. 1) há, às vezes, tendência espontânea para a cicatrização da parte central da lesão, enquanto progride por um ponto da periferia, dando à lesão um aspéto nítidamente serpiginoso. Via de regra, a lesão de Tuberculose Verrucosa é única e apresenta-se com uma placa irregular assentada sôbre uma superfície infiltrada, cujas dimensões variam bastante, atingindo às vezes a palma da mão. Observa-se sempre um halo inflamatório contornando a lesão, formando esta nítido relevo sôbre os tecidos circundantes. Quasi sempre revestida de crostas, as lesões pôdem apresentar pela pressão lateral dos dedos gotas de pús resultantes da formação de microabcessos.

Às vezes são absolutamente sêcas; em outros casos, ao contrário, elas são secretantes havendo crostas mais ou menos espessas resultantes da dessecação dessas secreções.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

São as micoses verrucosas as lesões que mais se prestam a confusão com as da tuberculose verrucosa, acontecendo o mesmo com os casos de dermatite verrucosa micósica. Estas dermatoses apresentam as mesmas placas verrucosas, papilomatosas, escamosas e crostosas, os mesmos sulcos e ragadias, os mesmos microabcessos intraepidêmicos dando saída á gotas de pús pela pressão.

O diagnóstico preciso tem que fazer-se pela biopsia (elementos parasitários nos cortes) e pela cultura em meio de Sabouraud.

As verrugas são em geral multiplas e de pequenas dimensões, não têm o halo inflamatório e não apresentam a formação de microabcessos da tuberculose verrucosa.

O liquen córneo tipetrófico é pruriginoso e também não apresenta microabcessos; nas piodermites vegetantes a lesão inicial é pustulosa e não se observa hiperqueratose.

HISTOPATOLOGIA

O exame histopatológico foi gentilmente feito pelo nosso particular amigo e insigne histopatologista Prof. Valdemar de Castro, cujo laudo é o seguinte:

Aspecto anatomo-clínico: Tuberculose verrucosa cutis?

Aspecto histo-patológico:

Os córtex demonstram que se trata de um processo inflamatório crônico, caracterizado por abundante infiltração linfocitária da derme, que se dispõe em formações foliculares, com presença de células epitelióides

e raros gigantocitos; nota-se também acentuada hiperkeratose epidérmica.

DIAGNÓSTICO: O quadro histo-patológico acima descrito, ao lado do aspeto anatomo-clínico verrucoso, permite se chegue a conclusão de TUBERCULOSE VERRUCOSA CUTIS.

(A) Dr. V. de CASTRO.

TRATAMENTO

Consideraremos o tratamento geral e o local.

O primeiro procurará atender as condições físicas do doente, procurando tanto quanto possível atender o seu estado geral. O nosso paciente fez uso de injeções que tinham por base o óleo de fígado de bacalhau.

O tratamento local poderá ser feito por um dos seguintes agentes físicos: diatermo-coagulação, neve carbônica e raios X.

A diatermo coagulação tem sua indicação em lesões de pequena dimensão, o mesmo acontecendo com a neve carbônica.

Não há dúvida que o melhor tratamento é pelos raios X.

As observações sobre a excelencia da radioterapia na tuberculose verrucosa por nós constatada e praticada no Serviço do Prof. A. Fraga na Santa Casa do Rio de Janeiro levou-nos a encaminhar o nosso paciente ao distinto e competente colega Osorio Lopes, para que fosse irradiada a lesão. (1)

Como poderá ser observado (Fig. 2) confirmou-se integralmente o nosso optimismo terapêutico da tuberculose verrucosa pela radioterapia.

1) — Ainda não estavam instalados.

BIBLIOGRAFIA

PAUTRIER — Tuberculose cutanée. La nouvelle pratique dermatologique.

J. RAMOS e SILVA — Tuberculose ulcerosa secundária. Revista Brasileira de Tuberculose.

JOSÉ BERTACCINI — Formas raras de tuberculose cutânea. Resenha Clínico Científica. Agosto de 1936.