Cistos reincidentes da péle

por

Fradique Corrêa Gomes

Caso clínico.

A. F., advogado, com 42 anos, residente no Rio, no início de 1938 apresentou uma lesão localizada no grande artelho E dificultando-lhe a marcha.

Os fenômenos foram inicialmente atribuidos a traumatismo banal. Porém, a pouco e pouco os caractéres foram se tornando mais precisos quanto à localização e sintomas dolorosos, levando o paciente ao médico, que exc'sou a lesão.



Fig. 1

Uns seis mezes após, o mesmo processo se evidenciou, surgindo um pouco para cima da séde anterior. Era uma protuberância cutanea de aspécto vesicular, coloração sensivelmente igual à das regiões vizinhas, com uns dois centímetros de diâmetro por meio centímetro de altura, situada na falange distal do grande artelho E, interessando parte da face dorsal e parte da face lateral interna dêsse dedo. (fig. 1.).

O bordo inferior desta formação, tangenciava nitidamente a cicatriz da operação anterior. (Fig. n.º 2).



Fig. 2

O volume da protuberância não se modificava à pressão externa.

Vindo à consulta então, foi o paciente operado novamente, tendo-se feito excisão completa do cisto inteiro, retirando-se também regular porção de tecido são até alcançar a superfície óssea, que foi cuidadosamente tratada, embóra não houvesse vestígio de qualquer anormalidade. (figura n.º 3).

Considerando a reincidência da lesão e tendo em vista os máos resultados obtidos com tratamento exclusivamente cirúrgico em casos de cistos cutaneos reincidentes, conforme mostrou R. E. Gross em 1937,* institui-se um tratamento radioterápico após a intervenção, distribuido em quatro sessões com um total de 750 r.

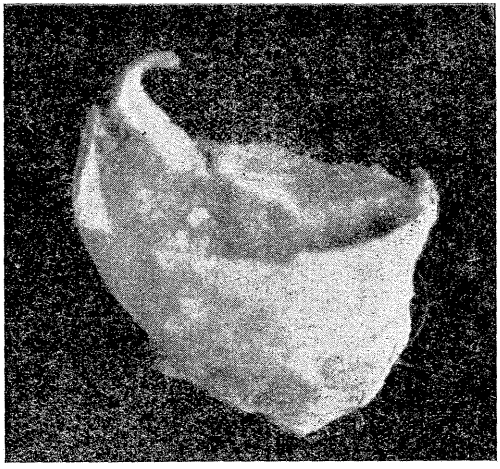


Fig. 3

Material retirado por excisão — Corte mediano — Concavidade ciatica voltada para cima.

Êste cisto apresenta caractéres semelhantes aos descritos por Gross no artigo já citado. O autor descreve-os como uma protuberância lisa, arredondada, cuja parede é de estrutura delgada, podendo muitas vezes ser transiluminada. A coloração é a da péle normal; às vezes levemente amarelada ou azulada. A péle que circunda a base do cisto não apresenta vascularização aumentada a não ser que uma infecção secundária se ajunte.

* R. E. Gross — Recurring Myxomators, Cutaneos Cysts of the fingers aud toes: — Surgery, Gynecology and Obstetric — September, 1937.

Não ha redução da protuberância pela pressão externa, porque a cavidade dêstes cistos não comunica com articulação, bainha tendinosa ou bolsa. A sensibilidade está diminuida ou ausente.

Em vinte e um casos conhecidos na literatura mundial, vinte vezes a lesão apareceu em dedos da mão, e uma vez em dedo do pé. E ainda mais: êstes cistos só aparecem na face dorsal do dedo, geralmente próximos à articulação — que mais frequentemente é a articulação distal interfalangiana, — e de preferência situados um pouco para fóra ou para dentro da linha mediana. Quando à distância da articulação, pódem aparecer na linha média.

Dos pacientes portadores desta lesão, 75% foram mulheres.

Letulle e Bazy acreditam que esta lesão póssa ocorrer noutras partes do corpo.

Os cistos têm evoluido nuns casos em meses, noutros, em alguns anos. Nos casos puncionados verificou-se um conteúdo de consistência xaroposa, incolor, reproduzindo-se sempre em mais ou menos vinte dias.

As alterações de ordem anatomo-patológica não são ainda conhecidas na fase inicial dêste processo, pois a aparência benigna das lesões não atráe a atenção, e os casos conhecidos têm sido tratados cirúrgicamente num periodo já distante do inicial.

As reincidencias, entretanto, têm sido excisadas imediatamente após o aparecimento, e sôbre êste material foram observadas as alterações que se dão no início da segunda formação cística (primeira fáse da reincidência). A primeira manifestação anormal percebida é a degeneração ou reabsorpção do colagênio numa área localizada, embóra escassamente limitada. Os fibroblastos permanecem com material intercelular reduzido, como uma espécie de arcabouço. Êstes elementos conjuntivos aparentam por muito tempo um bom estado de conservação, ou, pelo menos, evidenciam degeneração muito mais branda do que o colagênio. Nos espaços intercelulares coleciona-se, então, um material mucóide basófilo pouco sensível ao corante, que vai aumentando gradualmente. E de tal forma se processam as mutações, que as celulas e fibrilas ficam grandemente separados, donde a contestura francamente frouxa desse tecido. A esta altura já os fibroblastas vão se desintegrando gradativamente, originando inumeras pequenas cavidades, que, crescendo em número e volume, unem-se finalmente. Forma-se, assim, um cisto perfeitamente visível, contendo líquido claro, glutinoso, de consistência xaroposa. As paredes dos cistos recentemente formados têm uma testura frouxa e uma estrutura mixomatosa, apresentando-se irregulares ou denteadas. Si continúa a evolução por alguns meses, esta parede interna torna-se lisa e arredondada, mais espessa e bem definida. Alcançando êste estado, um derma de aparência normal conduz dirétamente à cavidade cística, através a parede do cisto.

Nunca foi encontrada comunicação destas lesões com cavidade articular, bainha tendinosa ou bolsa. Os cistos não têm revestimento interno epitelial ou endotelial; portanto, o material mocóide colecionado não póde ser produto secretório, devendo ser originário exclusivamente da degeneração do tecido conjuntivo local.

Um dos raros caractéres citológicos comuns à substância mixomatosa precóce e à lesão cística completamente desenvolvida é a ausência absoluta de infiltração leucocitária apreciável. Raramente encontram-se celulas ambulantes, e as que aparecem são geralmente da série linfocítica, e em pequeno número. Em caso algum foi evidenciado qualquer sinal de hemorragia recente ou antiga, não podendo, portanto, considerar-se um acidente hemorragico local como fátor primário na genése destas modificações histológicas.

Quanto aos vasos sanguíneos dos tecidos vizinhos, nada se tem observado de importante.

Laboratorio Tenax, Ltda.

Rua Misericordia, 34 — Pôrto Alegre

A ilustre classe medica, temos a satisfação de lembrar os nossos produtos

CINOCOL — Empôlas de 1, 2 e 5 cc. Lecitina, Cholester, canfora, guaiacol, cinamato de benzila, em vehic. oleoso.

GASTRENO — Em pó. Composto de Carb. bis., carb. de calcio, bicarb, socio, mag. peridrol, luminal, ext. atropa beladona e mag. calcinada.

NEOESPAMIN — Liquido — Base de Cardenal, papaverina, datura, passiflora e atropina.

MADAN — em pó. (ALK $(SO)^3_{12}$ H_2O + $C_{50}H^{82}O_{46}$ + BO^2O^3 H^2O) — latas do 20 papeis.

OESTRAL A — LIQUIDO. **Para os atrazos ou falta de regras.** Citrato de ferro amoniacal, fenil-dimetil-isopirazolone, acido-fenil-etil-barbiturico, atropa beladona, hyosciamus niger, velariana officinalis, ruta graveolens, juniperus sabina, anemona, pulsatila, piscidia eritrina, apium petroselium e artemisia absinto em veículo aromatico.

OESTRAL H — Liquido. **Para os excessos de regras ou hemorragias.** Acido fenil-barbiturico, fenil-dimetil-pirazolone, atropa beladona, hyosciamus niger, valeriana officinalis, piscidia eritrina, viburnum prunifolium, hydrastis canadensis e hamamelis virginica em veículo aromatico.

TRATAMENTO ESPECIFICO
CONTRA AS DYSENTERIAS

CAROBINASE

Producto original, formula dos Drs. W. Peckolt e A. Prado, chefes das secções de Botanica Medica e Parasitologia no Instituto Butantan

DYSENTERIAS AGUDAS OU CHRONICAS PRODUZIDAS POR AMEBAS, GIARDIAS E OUTROS PROTOZOARIOS INTESTINAES.

INFECÇÕES, FERMENTAÇÕES e INTOXICAÇÕES INTESTINAES — COLITES, ENTERITES e DIARRHÉAS em GERAL

EFFEITO RAPIDO NAS CÓLICAS E PUXOS
NENHUMA TOXIDEZ

Acção therapeutica comprovada em laboratorios nacionaes e estrangeiros, observações clinicas, e centenas de attestados medicos.

INSTITUTO CHIMICO PAULISTA LTDA.

Rua João Adolpho, 4-A — Caixa Postal, 2575 — São Paulo

Instituto de Radiologia Clinica

Porto Alegre

Praça Senador Florencio, 21 - Edificio Wilson - 1.º andar

Telefone 5424

Dr. Pedro Maciel Dr. Norberto Pêgas

Radiodiagnostico

Eletrocardiografia

Raios Ultra-Violetas

Eletroterapia de Ondas Curtas

e Ultra-Curtas



Amostras em Porto Alegre:

SCHUETZ & COMP. — Rua Senhor dos Passos, 94.

E' muito obscura a patogênia dêste tipo de cisto cutaneo. E' um estado que representa um processo degenerativo localizado no derma. A etiologia não está esclarecida.

O tecido conjuntivo das porções mais profundas do derma sofre uma transformação mixomatosa, desaparecendo gradualmente o colagênio e colecionando-se entre os fibroblastas remanascentes um material mucóide basófilo. Numa fáse mais adeantada do processo ocorre

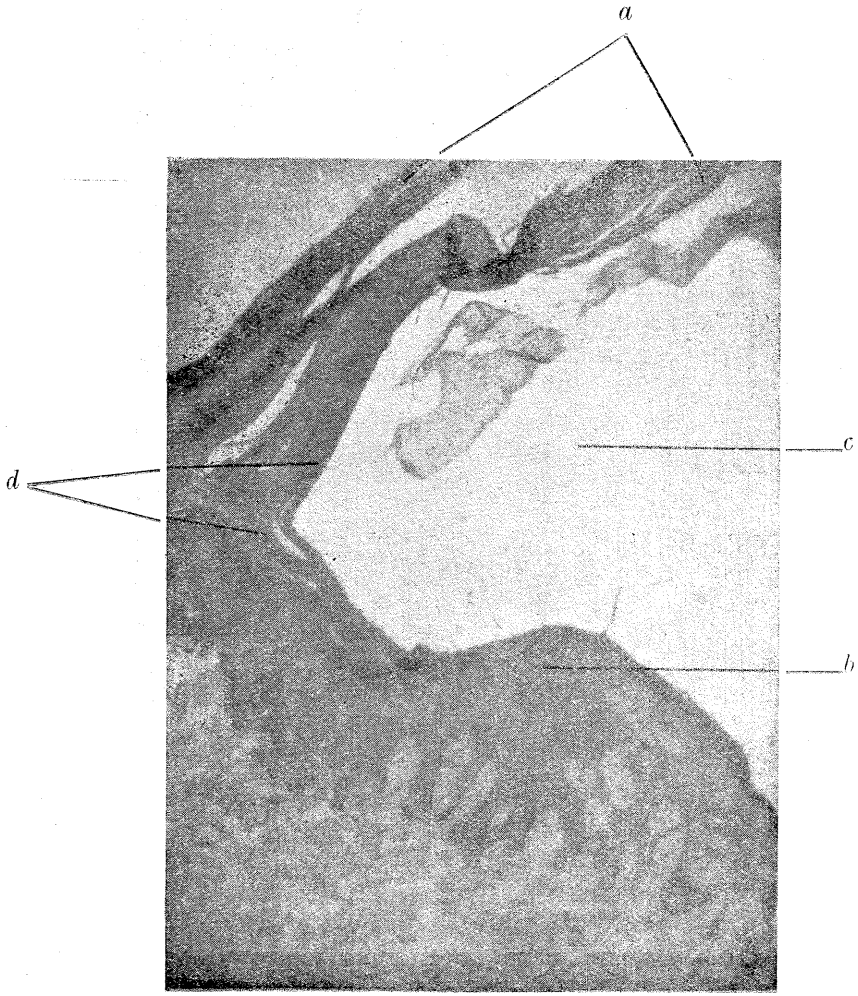


Fig. 4

80 Diam.

a) — Lâmina cornea destacada
b) — Corpo mucoso de Malpighi
c) — Cavidade da vesicula
d) — Zona de dissociação da epiderme

a liquefação na porção central do tecido mixomatoso, resultando uma cavidade cheia dum material semi-fluido. Não ha, portanto, atividade secretória na evolução da lesão. O processo resulta unicamente duma degenração focal da camada dermica da péle.

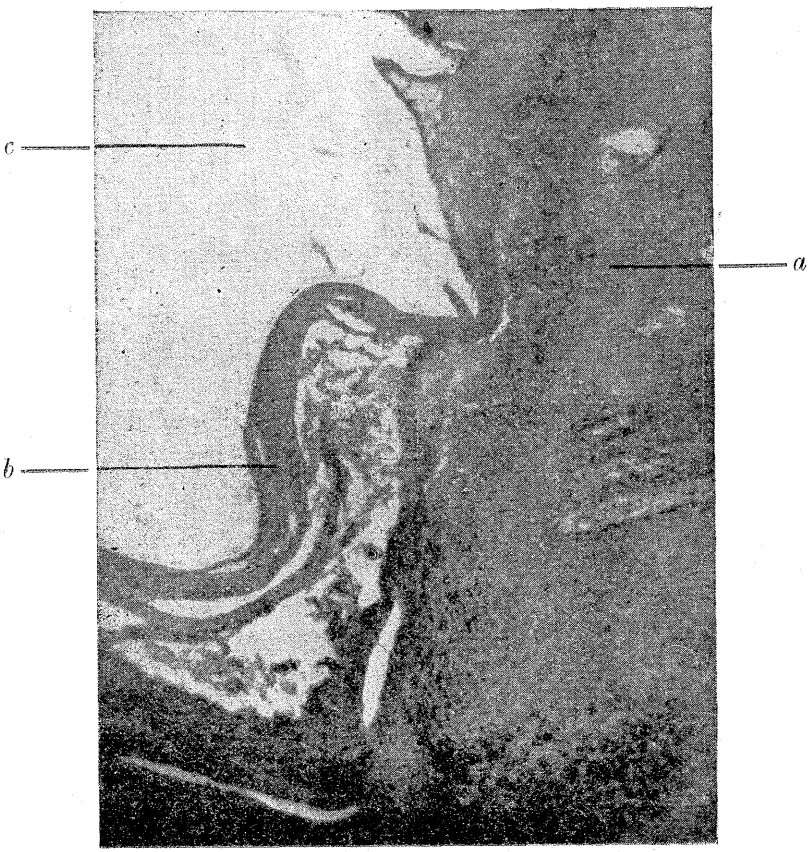


Fig. 5

a — Corpo mucoso de Malpighi
b — Camada cornea destacada
c — Cavidade cística

150 D

E' difícil compreender-se porque uma área de tecido conjuntivo limitada sofre tal processo de autolyse.

Mais difícil ainda é compreender porque êsse processo continúa após repetidas excisões tecidulares da região.

Duas teorias pódem ser invocadas:

1 — injurias locais de certa importância, pois os sítios de eleição da lesão estão sempre expostos a traumatismos variados, insignificantes, mas que poderiam trazer alterações originando posteriormente o processo.

Autor	edade, sexo	dedo atingido	tamanho da lesão	duração do processo	Tratamento e resultados
Lingenfelter	51 - f	superfície dorsal do dedo médio da mão D, sôbre a articulação distal interfalangeana	tamanho de uma ervilha	14 mezes	Excisão - reincidência. Incisão - reincidência. Curetagem - reincidência. Cauterização - reincidência. Neve carbonica - reincidência. Fulguração - rencidência. Resorcina e cristaes de acido salicílico - reincidência. Raios X - CURA.
Ormsby	46 - f	superfície dorsal do dedo médio da mão D, sôbre a articulação distal	pouco mais que uma ervilha	5 mezes	Excisão - reincidência. Incisão - reincidência. Incisão - reincidência. Radioterapia - Cura.
Ormsby	48 - f	falange distal do indicador	tamanho de uma ervilha	8 mezes	Excisão - reincidência. Incisão - reincidência. Radioterapia e eletrolise - Cura.
Ormsby	50 - f	sôbre a articulação distal do indicador	maior que uma ervilha	4 mezes	Radioterapia - Cura.
Ormsby	66 - f		tamanho duma ervilha	18 mezes	Incisão e eletrolise - Cura.
Sutton	58 - f	falange distal do dedo médio da mão	tamanho duma ervilha	18 mezes	Incisão - reincidência. Incisão - reincidência.
Sutton	26 - f	superfície dorsal da articulação metacarpofalangeana do indicador	tamanho duma ervilha	5 mezes	Radiumterapia - Cura.
Pussey, citado por MacKee e Andrews.	f	falange distal do dedo médio D.	tamanho duma ervilha		
Pussey, citado por MacKee e Andrews.	m	sôbre a articulação distal interfalangeana do dedo médio D.	tamanho duma ervilha		
Montgomery e Culver					Excisão - reincidênca. Curetagem - rencidência. Cauterização com acido tricloracetico - reincidência. Raios X - Cura.
Montgomery e Culver					Diversas operações cirúrgicas - reincidência. Radium - Cura.
Montgomery e Culvel		sôbre a articulação distal interfalangeana do indicador D.			
Savatard	46 - f	sôbre a articulação interfalangeana; dorso do dedo minímo mão D.		8 anos	Excisão - ? ? ?
Savatard	26 - m	debaixo da unha do polegar D.	diametro 4-5 milimetros	poucos mezes	Aplicação de fenol - reincidência. Radium - Cura.
Gross	51 - m	falange distal do dedo médio da mão D, na base da unha	5 milimetros de diametro	10 mezes	Incisão - reincidência. Incisão - reincidência. Incisão - reincidência. Incisão - reincidência. Incisão - reincidência. Excisão total - reincidência. Excisão total complicada por infecção secundária séria - Cura.
Gross	54 - m	Localização lateral, cerca da articulação distal interfalangeana, dedo médio do pé D.	8 milimetros de diâmetro	1 mez	Incisão - reincidência. Excisão - reincidência. Aspiração - reincidnecia. Amputação do dedo.
Gross	60 - f	dedo médio D, sôbre articulação distal interfalangeana	4 milimetros de diâmetro	2 e meio mezes	Excisão - reincidência. Raios X (600 r) - Cura.
Gross	50 - f	falange terminal do dedo médio da mão E.	11 mm. de comprimento, 9 mm. de largura, 6 mm. de altura	5 mezes	Incisão - reincidência. Incisão e raios X (600 r) - Cura.
Gross	65 - f	sôbre articulação terminal interfalangeana do indicador da mão D.	6 milimetros de diametro	1 ano	Raios X (600 r) - pequeno efeito. Incisão e evacuação do cisto - Cura.
Gross	46 - f	dedo médio da mão D cerca da articulação distal interfalangeana	12 mm. de comprimento, 8 mm. de largura 5 mm. de altura	1 ano	Excisão - reincidência. Excisão - reincidência. Incisão raios X (600 r) - reincidência. Aspiração mais raios X (960 r) - reincidência parcial. Excisão total - Cura.
Gross	46 - f	falange terminal do indicador da mão E.	5 por 3 melimetros de diâmetro	9 mezes	Excisão mais raios X (600 r) - Cura.
Gross	49 - f	falange terminal do polegar E.	7 mm. de comprimento, 12 mm. de largura, 5 mm. de altura	3 mezes	Excisão mais raios X (600 r) - Cura.

2 — trombose dos pequenos canais arteriais, trazendo alterações para a nutrição dos tecidos.

Uma revisão do material não evidência sinais de néoplasia. A persistência dêstes cistos por meses ou anos, e o modo pelo qual reincidem uma vez, e outra vez, após excisões completas, sugerem a priori



Fig. 6
a — Parede do cisto
b — Fócos inflamatórios
Diam. 350 Col. H. E.

a possibilidade de nova-produção que reincide localmente após extirpação. O que se tem observado, porém são característicos de uma lesão degenerativa, e não néoplasica.

Aprendeu-se empiricamente que a maior parte da terapêutica cirúrgica, incluindo drenagem, excisão, curetagem, aplicação de causticos ou esclerosantes e fulguração, é ineficiente, ao passo que raios X ou radium em dóse adequada, associados ao tratamento cirúrgico, tem produzido uma cura permanente.

Nas tabelas de Gross confrontam-se nitidamente os resultados:

Como vimos, diversos caractéres são comuns aos cistos descritos por R. E. Gross e a êste cujo caso apresentamos. Lembramos a reincidência e a rebeldia às várias formas de tratamento. Em o nosso caso a lesão reincidente desenvolveu-se a partir da cicatriz da primeira excisão mantendo-se tangente a ela. (Figura 2).

O aspécto histo-patológico descobre um fátor diferêncial de certa importância entre os dois tipos de cisto cutaneo reincidente: a séde. Êste elemento permite a distinção dos dois tipos. A cavidade do cisto mixomatoso (Gross) está totalmente contida dentro do derma: em torno dela ha uma orla de tecido conjuntivo ininterrupta. O processo resulta duma degeneração focal da camada dermica da péle. Portanto, êsses cistos são infra-epidermicos, ao passo que o caso que apresentamos é de localização supra-epidermica, como bem se percebe ao exame das microfotografias. (Figuras 4 e 5).

O exame histológico do nosso caso evidenciou infiltração leucocitária intensa, ao nível da parede cística. (Figura 6). Si fosse possível afirmar que não se trata de infecção secundária, êste seria mais um caracter diferencial, pois nos cistos infra-epidermicos nunca foi percebida infiltração primária. A observação microscópica lembra uma dermatite cística; entretanto, os elementos inflamatórios pódem ser de origem secundária, perdendo, então, o valor etiológico e diferencial.

CONCLUSÕES

1 — Os caractéres evolutivos observados nesta lesão cística são geralmente alheios aos processos inflamatórios, parecendo falar em favor de lesão de outra natureza.

2 — O fátor reincidência parece não ter relação diréta com a séde do processo. Foram observados vários casos infra-epidermicos (Gross), e nós apresentamos um supra-epidermico, todos igualmente reincidentes.

3 — A reincidencia não se explicaria pela natureza inflamatória nem pelo processo distrófico dessa lesão, mas possivelmente pela natureza blastomatosa do processo.

4 — Localização, reincidência, e especificidade da ação radioterapica, poderiam lembrar a possibilidade de embrioma ou desembrioma cístico para explicar a origem da lesão (cisto embrionário; segundo a teoria embrionária de Conhein, os restos embrionários permanacem no seio dos tecidos adultos despertando e desenvolvendo-se sob a forma blastomatosa por influência de causas ocasionais)).