

# **NODULO DOLOROSO DA ORELHA EM LEPRA MACULO - ANESTHESICA**

**Dr. ARGEMIRO RODRIGUES DE SOUZA**

Do Asylo Colonia Pirapitinguy - São Paulo

Em principios de Dezembro ultimo appareceu em nosso consultorio do Asylo-Colonia Pirapitinguy, um doente queixando-se de uma dôr superaguda na orelha esquerda, de que padecia havia já uns 4 mezes.

A' simples inspecção observámos que o ponto hyperesthesico da orelha era, nada mais nada menos, que um nodule de coloração esbranquiçada, sem base inflammatoria, extremamente sensivel ao simples tacto e cuja chronicidade era attestada pelas informações precisas, fornecidas pelo doente, senhor de uma intelligencia vivaz.

Immediatamente ligámos os symptomas apresentados pelo nosso doente aos de uma affecção rara, magistralmente descripta por Dubreuilh, em 1928, nos "Annaes de Dermatologia", sob a rubrica de "Nodule doloroso da orelha".

E' uma pequena lesão, geralmente pouco conhecida, cuja primeira menção é devida a Winckler, de Lucerne, que em 1915 publicou 8 casos sob o titulo: "Producção pathologica ao nivel da cartilagem da orelha".

Mais tarde surgiram novos casos publicados por Foester (de Milwaukee), Mitchel (de Chicago), Sequeira (de Londres), Rost (de Vienna) e Roxburg (de Londres). Ao todo 24 casos, sem incluir os seis novos estudados por Dubreuilh e reproduzidos por Pigeard e Gubert, em sua thèse em 1927 (Bordéos).

Não podemos deixar de assignalar mais duas observações feitas por Simon e publicadas em seu livro "Lettres á un medecin praticien", Liv. n.º 942, pag. 93.

O primeiro acto nosso foi tratar de afastar a possivel participação da lepra no quadro clinico, apresentado por F. L., portador

de uma lepra de forma nervosa, variedade maculo-anesthetica, passível entretanto de se transformar, de um momento para o outro, no decorrer de sua evolução, em forma mixta evidente. Retirámos, para isso, duas laminas, por punção do nódulo, e pesquisámos bacillos de Hansen, com resultado negativo.

A biopsia feita posteriormente veio afastar, de uma vez, a hypothese formulada de lepra.

#### OBSERVAÇÃO (em 27-6-34)

F. L., 21 annos, solteiro, branco, brasileiro, natural de Rio Claro, internado no, Asylo-Colonia Pirapitinguy em 25 de Junho de 1934.

*Inquerito endemiologico* — Parece ter adquirido a molestia em Rio Claro, fóco endemico de lepra.

*Antecedentes pessoaes* — Tem gosado sempre muita saúde. Nega antecedentes venereo-lueticos.

*Antecedentes hereditarios* — Ignora casos de lepra na família.

*Historia da doença actual* — Conta que está doente ha dois annos. O primeiro symptoma a se manifestar foi perda da força muscular das mãos: progressivamente os dedos se encolheram, assumindo o aspecto de garra, que ainda persiste. Logo depois, manchas brancas surgiram no tronco. Nega surtos eruptivos ou epistaxis. Dôres na perna direita. Não tem paresthesias. Estado geral bom. Facies insuspeito.

*Exame dermatologico* — Erythema diffuso infiltrado na face e mento. Na face anterior do thorax, notam-se maculas achromicas, algumas de bordos roseos e limites nitidos. As lesões superiores são mais erythematosas, com centro achromico. Os bordos não são infiltrados, mas de limites precisos. Na face posterior, maculas erythematosas claras, mais evidentes, de centro achromico, bordos não infiltrados.

Na mão esquerda, amyotrophias thenar, hypothenar, interossea e dos adductores. Garra cubital.

Rhagadas profundas, com hyperkeratose nas dobras metacarpo-phalangeanas.

Na mão direita, idem, com garra cubital menos accentuada.

Despigmentação diffusa na face posterior do ante-braço direito. Erythema discreto em area achromica na face posterior do braço esquerdo. Pelle dos antebraços secca e pityriasiforme. Amyotrophia do bordo externo do pé direito. Pelle da face externa das pernas secca, hyperkeratosa e furfuracea. Nas nadegas e coxas, despigmentação de limites superiores nitidos e inferiores diffusos. Idem na face posterior das pernas, com alopecia. Dois inales perforantes no pé esquerdo. Hyperkeratose calcaneana bilateral. Anesthesia thermica nos membros

superiores e inferiores e nas maculas da face posterior do hemithorax esquerdo.

*Forma clinica* — Maculo-anesthetica N2.

*Exames de laboratorio* — Muco nasal. |—|

*Revisão em 16-12-1935.* — Persistencia do erythema diffuso das faces e mento. Desapparecimento de algumas maculas do thorax.

Melhorado.

*Exames de laboratorio* — Lesão Cutanea: 1715 |—|

Muco nasal: 1710. |—|

Era este o quadro dermatologico, quando se verificou a intercorrencia do "nodulo doloroso da orelha" do lado esquerdo.

Conta o nosso doente que ha 4 mezes mais ou menos, na porção horizontal do bordo da helix esquerda, appareceu um ponto vermelho persistente, que ao fim de 8 dias cedia lugar a uma pequena elevação esbranquiçada, do tamanho de uma cabeça de alfinete, acompanhada de dôres subjectivas superagudas, sem hora certa, comparaveis a picadas de agulha: comtudo, neste caso, a dôr objectiva era mais notavel, pois não supportava o simples roçar da orelha, sem que a mesma se exasperasse. Conseguia dormir só em decubito dorsal ou lateral direito, por não poder apoiar a orelha esquerda sobre o travesseiro: assim mesmo, não podia cobri-la com o lençol. Seu somno, ao se verificar urna mudança de decubito era interrompido devido ás dôres que sentia sempre no mesmo ponto, sem irradiação circumjacente. Com o decorrer do tempo, o nodulo foi crescendo e com elle as dôres augmentando. De uma feita, procurou arrancar-o com uma pinça, o que fez em desespero de melhora, retirando parcialmente, sem hemorragia, umas escamas esbranquiçadas: este acto produziu-lhe um allivio durante uns dez dias, findos os quaes reproduziram-se as dôres com o crescimento gradativo e lento do nodulo, que attingira o volume actual.

A' inspecção, nota-se um nodulo superficial das dimensões de uma semente de canhamo, de coloração esbranquiçada, sem base inflammatoria visivel, de cupula escamosa, localizado sobre o bordo da helix, um pouco adiante da junção de sua porção ascendente com sua porção horizontal. O nodulo é duro como grão de chumbo, immovel sobre a cartilagem subjacente, extremamente doloroso ao pinçamento entre o pollegar e o indicador ou á pressão perpendicular sobre a cartilagem.

Duas laminas delle, retiradas por punção, para pesquisa de bacillos de Hansen, deram resultado negativo.

Na orelha direita, onde o doente accusa dôr, si bem que com menos intensidade, observa-se um pequeno ponto esbranquiçado, do tamanho da cabeça de alfinete, com orla de vaso-dilatação activa,

igualmente hyperesthesico ao tacto e a pressão, com remissões mais duradouras. Uma lamina retirada deste ponto, resultou tambem negativa para bacillos de Hansen.

Deste lado a molestia parece ter estacionado, por falta ao mesmo tempo, de crescimento do nodulo e das dares subjectivas alarmantes, tão insistentes no nodulo esquerdo.

Exerese do nodulo em 13 de Dezembro de 1935, servindo seu producto de material para o exame histo-pathologico que foi solicitamente realizado pelo Dr. Abilio Martins de Castro, a quem devemos a gentileza da descripção magistral que se segue:

### DESCRIPÇÃO HISTO-PATHOLOGICA

São lesões que interessam a epiderme e o derma.

*Lesões epidermicas* — Na maior extensão do corte (e ele attinge tecido doente e são) é notavel um espessamento de todas as camadas cellulares da epiderme, particularmente da camada córnea e da camada filamentosa, mais moderadamente da camada granulosa, do que resulta a imagem microscopica de um nodulo epidermico, mais exatamente de uma papula epidermica.

O desenvolvimento da camada córnea é em geral notavel e, em certos pontos, conduz a uma grande hyperkeratose. As cellulas córneas formam uma camada densa, compacta, coherente, ou se exfoliam superficialmente em lamelas soltas. Pontos ha em que penetram muitas vezes como cunhas em seios afunilados da epiderme, sem relação em taes pontos com os ostios folliculares. De longe em longe, em raros pontos, veem-se conservados os nucleos das cellulas (Parakeratose).

Coincidindo com os pontos em que mais accentuado é o espessamento da camada córnea, notam-se fileiras, em maior numero, de cellulas losangicas, com o cytoplasma muito rico de grãos de keratohyalina. Mas vêm-se tambem, em contraposição, grandes extensões em que não ha hypergranulose. A camada filamentosa apresenta-se muito proliferada com aspecto cellular diverso, conforme selam os pontos observados: em alguns só ha augmento das fileiras de cellulas espinhosas, mostrando-se normaes na sua estrutura fina, e particularmente distinctas as tonofibrillas; já em outros pontos, alem de accrescidas no numero, mostram-se alteradas para menos, na sua capacidade tinctorial, no seu volume, nas suas relações reciprocas de umas com outras, pelo desaparecimento dos filamentos de união, tudo indicando serem ellas a sede de um certo grão de edema, alterações essas tanto mais apparentes, quanto mais altas collocadas as cellulas, isto é, quanto mais proximas se acham da camada granulosa. Pela mesma razão (edema) mostram-se os seus nucleos

pallidos e com limites apagados. As cellulas da camada basal conservam muito nitido o seu limite com o derma papillar, não assim, porém, as que coincidem com o fóco suppurativo e com as papillas, onde ha grande desenvolvimentot de vasos.

Pouco a pouco, insensivelmente, vão-se attenuando para o lado estas alterações e assim vai-se gradativamente recompondo a imagem microscopica de uma epiderme normal.

*Lesões do derma* — E' aqui que se notam as lesões maiores, as que mais desorganizam a estructura da pelle.

No derma papillar e no derma propriamente dito, em correspondencia com as zonas das alterações notadas na epiderme, chama desde logo a attenção o grande numero de vasos capillares, sanguineos e lymphaticos muito dilatados, predominando a vascularisação no derma papillar, vendo-se papillas quase inteiramente occupadas por elles.

Em quase todos os vasos é notavel a saliencia que nas luzes fazem os nucleos do endothelio.

Do seu numero e da sua dilatação resulta o aspecto francamente angiomaso dessas zonas. Não se notam infiltrações perivasculares, miando muito, raras cellulas lymphocytarias proximas delles.

Um edema accentuado dissocia os finos feixes conjunctivas do derma papillar e do chorion, edema mais accentuado na proximidade dos vasos. Correspondendo ao ponto em que a acanthose é mais pronunciada, começando mesmo na camada basal, vê-se, tomando o derma papillar e o charion, um fóco de suppuração aguda com grande numero de cellulas neutrophilas. Este nódulo suppurativo invade em cima o epithelio, cuja camada basal mostra-se ahi, e por isso, desorganizada.

Este fóco de suppuração desorganisa naturalmente o tecido conjunctivo e em grande extensão, notando-se uma faixa de fibrina, (1) de reacção francamente acidofila, separando o fóco papillar do fóco dermico, este menos accentuado do que aquelle, o que leva a crêr seja a suppuração descendente.

Não tendo o corte attingido nem a cartilagem, nem mesmo o perichondrio, não se podem vêr as alterações porventura nesses tecidos existentes. Finalmente, cortes corados pela orceina, mostram com grande nitidez, a integridade da rêde elastica, menos na zona de suppuração, onde ella foi totalmente destruida.

Resumindo: as lesões interessam a epiderme, o derma papillar o chorion. Na epiderme: hyperkeratose, com zonas limitadas de parakeratose interrompida, acanthose, edema das cellulas da camada

---

(1) Membrana pyogenica.

filmentosa de Ranvier, desorganização da camada superposta ao fóco suppurativo.

No derma papillar e no derma propriamente dito: grande vascularização sanguínea e lymphatica (capillares), mostrando-se tanto os vasos sanguíneos, como os lymphaticos, muito dilatados, mas sem alterações das suas paredes e sem manguitos cellulares: edema accentuado do tecido conjunctivo, com dissociação fina dos seus feixes e mais nas zonas de maior vascularização: fóco de suppuração aguda do derma papillar e do chorion; começando ao contaer" da camada basal, toma o derma papillar, propaga-se ao chorion, não se podendo, por não attingil-os o corte, saber se vai alem, ao perichondrio e á cartilagem."

Ao quadro clinico typico se juntou pois o histo-pathologico demonstrativo de "nodulo doloroso da orelha" identificado como entidade nosologica por Dubreuilh em 1928 e cujas observações já foram objecto de commentario anterior.

Fomos levados a este diagnostico mais principalmente pelos phenomenos subjectivos apresentados pelo nosso doente que alem do mais se achava preocupado com o inicio de novo elemento miliar na orelha direita, felizmente de evolução mais lenta: inicialmente chamounos a atenção, como a confirmar um diagnostico que se esboçava, a localização classicas da affecção descripta por Dubreuilh e Simon: sobre o bordo da helix em sua parte horizontal, um pouco adiante ou em sua união com a parte vertical.

Estudando o diagnostico differencial vemos que o mesmo oscila entre: tuberculo de Darwin, granuloma leprotico, lupus erythematoso, epithelioma em inicio, e chondrite á pyococcus; o exame histo-pathologico se impunha pois, para afastar estas diversas affecções e fixar-se de uma vez na molestia de Winckler-Dubreuilh.

O fóco de supuração e o aspecto angiomatoso que poderiam levantar duvidas sôbre o diagnostico, foram todavia descriptos e postos em evidencia por Dubreuilh como participantes do conjuncto histologico da bizarra affecção.

O tratamento é simples. Fizemos em nosso doente, como recommendam Simon e Dubreuilh, a exereses que teve a dupla vantagem: therapeutica e diagnostica.

Por emquanto nada fizemos quanto á outra orelha que apenas mostra um ponto esbranquiçado miliar que não tem importunado o paciente. Este se sente presentemente alliviado de seus males. Todos os outros tratamentos, Raiox X, cryotherapie, galvanocauterização, etc..., são muito inferiores á therapeutica cirurgica. (Simon).

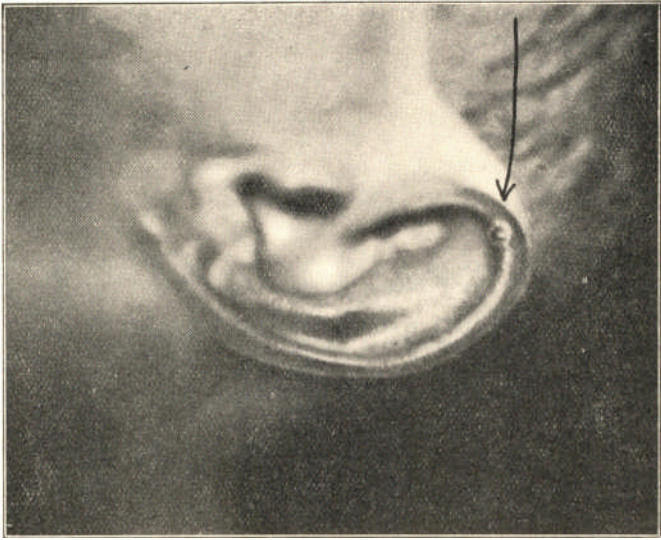


PHOTO 1  
Nodulo doloroso da orelha.

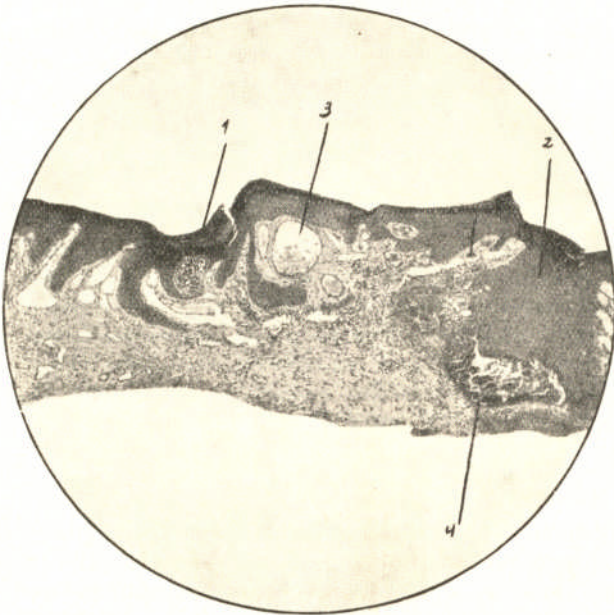


PHOTO 2  
1 — Hyperkeratose. 2 — Hyperacanthose. 3 — Anglomatosose.  
4 — Fóco de supuração.