

CONSIDERAÇÕES EM TORNO DA ANETODERMIA EM UMA DOENTE DA LEPRA

FLAVIO MAURANO

Diretor do Asilo-Colônia "Cocais"

RAUL F. VAUTRAI

Medico comissionado pelo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social da Venezuela para estudar o problema da lepra no Brasil.

Encontrando-se um de nós (R. F. V.) estudando as manifestações penfigoides da lepra, tivemos ocasião de examinar um caso curioso de uma doente de lepra que apresentava certas lesões que à primeira vista pareciam tratar-se de bolhas parcialmente esvasiadas, mas que ao exame atencioso evidenciaram ser de natureza atrofica de carater anetodermico.

O caso é o seguinte:

C.B. de A., 20 anos, brasileira, casada, branca, prendas domesticas.

Antecedentes familiares. — Pae e mãe vivos e de saude. Tem cinco irmos, todos sadios. Nega colaterais leprosos.

Antecedentes pessoais. — Teve as molestias proprias da infancia. Menarca aos 11 anos. Casada faz 5 meses; seu marido não é e não tem parentes leprosos. Com 11 anos teve uma amiga intima que era leprosa.

Historia da molestia atual. — Ha cinco meses, logo depois de casada. apareceram-lhe intenso comichão e ardor no rosto, que se acentuavam após a ingestão de sardinhas. Indo ao medico este receitou-lhe uma pomada e suspeitando de Mal de Hansen enviou-a ao S.P.L. de S. Paulo.

Exame Clinico. — Face: pequenos tuberculos pouco salientes, de superiorte rosea, reunidos em grupos, localizados nas regiões intersuperciliar, malares, partes superiores das bochechas e ao nivel das metades anteriores das apófisis zigomáticas e mentoniana. Todas as regiões, séde desses pequenos tuberculos que não vão muito além das dimensões do dobro de uma cabeça de alfinete, é ligeiramente eritematosa. Está isenta do eritema e apresenta coloração normal a pele proxima das comisuras labiaes, ao redor dos labios e os 2/3 superiores da região frontal. As

orelhas eritematosas, apresentam tuberculos no bordo livre do pavilhão e na ponta do lobulo esquerdo. A orelha direita é fortemente eritematosa e apresenta um sinal de plancha recente.

Pescoco: o eritema da região mentoniana vai até o nivel do bordo superior do osso hioide. A pele restante e da nuca tem o aspecto normal.

Tronco: a pele é em geral hipocromica, notando-se em seu seio numerosas maculas pardacentas, fulvas, discretas, em maior numero ao nivel dos seios. Ao nivel da cintura, acima do umbigo e ao redor do tronco, correspondente á amarração das calças e ao nivel das regiões axilares, nota-se uma pigmentação provavelmente normal que contrasta nitidamente, com a pele hipocromica acima e abaixo dessa linha de pigmentação. Justamente essa linha pigmentar torna mais, frisante o contraste, a profusão dos foliculos pilosos existentes na pele hipocromica.

Tronco posterior e nadeegas: a pele do tronco posterior tem o mesmo aspeto do tronco anterior. Na parte correspondente aos omoplatas e que fica entre elas, não se individualisam tão bem as maculas descritas no tronco anterior, mas as existentes abaixo e nas nadeegas são mais acentuadas mesmo que as da face anterior do tronco. Não se nota hipocromia na região sacra, mas nelas se notam as máculas fulvas (lepromides), discretas e poucos distintas. No tronco posterior verifica-se a linha de pigmentação normal mencionada no tronco anterior e correspondente a amarração das calças e tambem correspondente as alças dos soutiens. Na face posterior do tronco se encontram algumas das lesões anetodermicas que serão descritas a parte e que são motivo da presente comunicação. **Membros superiores:** apresentam as mesmas manifestações existentes no tronco, nas faces anteriores e internas dos braços e em todas a parte superior dos antebraços. Este processo é mais acentuado no 1/3 inferior da face interna dos braços e na mesma face das metades superiores dos antebraços. No braço esquerdo, na face posterior lesões anetodermicas, no bordo externo do antebraço apresenta uma lesão lenticular, saliente de coloração normal e consistente. **Membros inferiores:** — nas coxas e pernas o mesmo aspeto observado alhures: — hipocromias, máculas discretas, eritematosas, fulvas, rarefação pilosa, profusão dos foliculos. A pele normal é observada somente no 1/4 superior da face interna das coxas. Notam-se pequenos tuberculos roseos nos joelhos. Nas pernas ha lesões roseo-azuladas, ligeiramente infiltradas que fazem leve saliencia e tem os limites poucos precisos. Em ambas as coxas notam-se os elementos anetodermicos que serão descritos a seguir. **Nas mãos e pés:** ligeira amiotrofia nas mãos, nos pés nada de anormal apresenta, pelo menos aparentemente.

O exame dos aparelhos nada revelou de anormal. Ligeiro espessamento dos cubitais. Adenopatia não tem.

Descrição das lesões anetodermicas. — Histórico: — não sabe informar com precisão sobre o começo e evolução das lesões. Atribue-as a "cabeças de prego" (sic) de que sofreu bastante.

Descrição: na face posterior do tronco, nas proximidades da axila direita ha uma lesão do tamanho de um grão de milho, de forma lenticular, saliente, não pediculada, com superficie de pele fina e consistencia mole. Parece uma pequena flictena meio vazia, mas a parede é relativamente grossa e não contem liquido, deixando-se deprimir facilmente, dando a impressão de uma bolsa vazia, limitada por um anel bem regular resistente e facilmente perceptível quando introduzimos o dedo. A pele que recobre é nacarada, um pouco rosea, contrastando perfeitamente com o aspecto da pele normal, por ser mais esbranquiçada. E, além disso, atrófica, inelastica, um tanto transparente e pregueada. O conjunto desses caracteres faz lembrar um tanto a pele escrotal. Identicas lesões se en-

contram na face posterior do braço esquerdo, ao nível do omoplata esquerdo (sendo algumas confluentes), na região lombar, á direita, na face, externa do braço, na coxa direita e coxa esquerda na sua face antero-interna e posterior. Os elementos somam ao todo 63. Na distribuição devemos ressaltar o fato de que as lesões se distribuem indiferentemente em pele aparentemente sã e pele nitidamente comprometida pelo processo leproso

Exame histopatológico. — Feita a biopsia de um elemento característico de atrofia circunscrita, localizado na coxa direita, eis o que resultou:

"Epiderme atrofica. No corion intensa infiltração lepromatosa perivascular e glandular com moderado edema do conjuntivo intersticial que se mostra levemente esclerosado e hialinizado. As fibras elasticas, nas zonas correspondentes às extremidades do preparado, mostram-se rarefeitas, fragmentadas e conglomeradas, ausentes ao nível das infiltrações lepromatosas. Na parte central do preparado (em uma extensão de 5 mm), as fibras elasticas acham-se quasi que totalmente ausentes, quer nas infiltrações quer nas demais porções do corion. Bacilos ++++

(a) Dr. Paulo Souza".

Suspeitando de que os elementos lenticulares, papuloides, consistentes, já descritos no exame clinico e que apresentavam um certo carater atrofico, fossem lesões que precedessem as anetodermicas, fizemos uma biopsia de um deles localizado na mesma coxa, eis o que resultou:

"Epiderme atrofica com achatamento da papilas. No corion intensa infiltração lepromatosa perivascular e glandular. Certo grão de rarefação das fibras elasticas que se apresentam em parte fragmentadas, conglomeradas e de calibre irregular. Estes elementos estão ausentes nas areas de infiltração lepromatosas. Bacilos: +++

(a) Dr. Paulo Souza".

Exames oftalmologico e oto-rhino-laringologico: — normais.

Exames de laboratorio: Fezes: presença de ovos de Ascaris; urina |—| Wassermann |—|; Kahn |—|.

COMENTARIO — Conclue-se da observação clinica e do exame histopatologico, precedido do diagnostico diferencial, estarmos em presença de lesões atroficas circunscritas, flacidas, de superficie pregueadas, de côr nacarada ou esbranquiçada, algumas com aspecto de pele escrotal, de consistencia mole, depressiveis, limitadas por um anel que se percebe muito bem introduzindo o dedo, parecendo pequenas hernias ou tumores moles localizados nas sédes habituais da anetodermia, em uma mulher (onde tais lesões são mais frequentes), e portanto em presença do carateristico clinico que se convencionou chamar de *anetodermia* dentre as atrofias cutaneas. Feito o diagnostico no 3.º estadio da evolução classica de tais atrofias, poderia ela tanto resultar do tipo *Jadassohn* como representar tipo de *Scheweninger* e *Buzzi*. Ambas, nessas condições, tina os mesmos caracteres clinicos. Falaria em favor do primeiro tipo si admitissemos como manifestação anterior a lesão rosea, papuloide, suspeita de preceder as outras, por sua vizinhança, seu aspecto um tanto atrofico e a histologia têr confirmado esta atrofia, que foi objeto da nossa segunda biopsia; mas faltaria, ou por não têr havido ou por

têr deixado de ser observado o 2.º estágio — o do anel eritematoso. A favor do segundo tipo haveria mais elementos, uma vez que se desprezassem aqueles e se considerasse a semelhança das lesões presentes com os tumores da molestia de Recklinghausen e o fato de terem sido descritas na leprose por Oppenheim, o primeiro, e mais recentemente pelo nosso illustre colega, o Dr. Argemiro Rodrigues de Souza, assim como também o fato de ser este tipo frequentemente observado na America.

ETIOPATOGENIA. — Particularmente interessantes no caso presente são os seguintes quesitos: será esta afecção resultante da lepra? ou a lepra é simplesmente concomitante?, teriam sido outras as causas dessa anetodermia observada em uma leprosa? ou haveria além da lepra outra causa?

Quanto ao 1.º quesito, já tenhos dito que Oppenheim e Argemiro R. de Souza admitem a origem leprosa na anetodermia baseados em observações bem documentadas. Não estaria fora das possibilidades a lepra ocasionar este estado atrofico, se considerarmos o carater destrutivo, mais mecanico do que toxico, das infiltrações lepromatosas, como evidenciam muito bem as biopsias.

Em relação ao 2.º e 3.º quesitos, impugnaria talvez a hipotese da origem leprosa no caso presente, a possibilidade da existencia previa da anetodermia. Corroborando este ponto de vista, está o fato de que alguns autores dão como causa da anetodermia simples infecções piogenicas, o que houve no nosso caso e que a propria doente culpa o processo, provavelmente uma foliculite chegando a furunculose. Poderíamos também admitir as duas causas mais assinaladas — sífilis e tuberculose — para os quais todos os exames foram negativos na nossa paciente. Neste caso a infiltração lepromatosa encontraria mais facilidades na sua difusão encontrando um "locus minoris resistentiae", o que explicaria o resultado das nossas biopsias, admitida ademais o carater universal da impregnação lepromatosa, isto é, a pele respondendo quasi como um todo, como o provam os estudos ultimamente feitos por um de nós (F.M.) sobre a lepra difusa; neste caso haveria uma simples superposição.

Realisar-se-ia o 4.º quesito, se admitissemos no caso presente as teorias expendidas por reais autoridades no assunto; de Oppenheim, que admite que a anetodermia resultaria de uma fraqueza congenita da resistencia do tecido elastico que a torna vulneravel às influencias varias; traumaticas, infeciosas, taxi-infeciosas, toxicas, fisicas, quimicas, susceptiveis de provocar uma lesão inflamatória com as suas consequencias; e de Pautrier, que considera a existencia de uma molestia propria do tecido conjuntivo reagindo sobre o conjunto do tegumento externo, sendo assim a anetodermia como a dermatitis crônica atroficante e a esclerodermia não seriam molestias

cutaneas e sim reações cutaneas, isto é, uma afecção mais geral do tecido conjuntivo evoluindo sob influencias endocrinas e simpaticas, traduzindo-se primitivamente por perturbações circulatorias e secundariamente por degenerescencias e atrofiás. Estas hipoteses aliás, satisfazem plenamente o espirito e readaptam as circunstâncias diversas em que poderá tór a origem a mesma afecção.

RESUMO —

Os AA. estudam um caso caracterizado por atrofiás circunscritas da pele, semelhante a pequenas bolsas em uma doente de lepra, que sendo clinicamente um caso de anetodermia, não se pôde adaptar nem ao tipo *Jadassohn-Thibierge-Pelizarri* nem ao tipo *Schweninger e Buzzi* por se encontrar no terceiro estadio. Discutem a lepra como sendo causa ou companheira e igualmente outras causas podendo ocasional-a no caso presente. Julga-se admissivel que varias causas podem reproduzir o quadro de anetodermia admitindo-se o conceito de fraqueza ou molestia congenita ou adquirida do tecido elastico ou conjuntivo.

— — — —

BIBLIOGRAFIA

PETGES, G. — **Nouvelle Practique Dermatologique, 1936** — Tomo VI. pag. 95.

ARGEMIRO RODRIGUES DE SOUZA — **Rev. Brasileira de Leprologia, 1938** —
Vol. VI, N.º 2 — Pag. 161.

— — — —

