

COEXISTENCIA DE LESÕES HISTOLOGICAMENTE TUBERCULÓIDES NA PELE E LEPROMATOSAS NO NERVO. APRESENTAÇÃO DE DOIS CASOS

PAULO RATH DE SOUSA e FERNANDO LECHEREN ALAYON

Desejamos referir dois casos em que tivemos a oportunidade de encontrar, nos mesmos indivíduos e quase ao mesmo tempo, alterações de dois tipos diferentes, tuberculóide e lepromatoso. Este fato, a nosso ver raro, nos pareceu interessante não só do ponto de vista histológico como do da patologia geral.

O primeiro caso foi estudado clínica e histologicamente pelo Dr.. F. ALAYON:

Doente A. P., primeira consulta em outubro de 1939. Apresentava por essa ocasião manchas arredondadas, ovais outras, de tamanho variável, cujo diâmetro oscilava entre 1 e 5 centímetros, ligeiramente infiltradas e eritematosas. Eram de cor pardacenta à vitro-pressão, levemente escamosas e bem delimitadas da pele si. As maiores apresentavam ligeira depressão central e atrofia da epiderme, sendo mais acentuada a descamação. O bordo, nítido, era quase sempre um pouco mais elevado, chegando em alguns pontos a se perceber a individualização de pequenas papulas. As lesões eram anestésicas ou hipoestésicas à dor e ao calor. Os elementos estavam distribuídos pela face e membros. Cubital fortemente espessado A. direita e doloroso espontaneamente e à pressão. Dores articulares nos membros superiores e edema das mãos. As dores e manchas datam de 2 meses, não tendo havido febre, segundo informa o paciente. Por essa ocasião foi feita urna biopsia de lesão cutânea, com o seguinte resultado: Granuloma de estrutura tuberculóide, sendo negativo o exame bacterioscópico nos cortes histológicos corados pelo Ziehl-Neelsen (v. microf. 1).

A reação de Mitsuda, praticada pouco depois, deu resultado fortemente positivo. Fez-se também um exame elétrico com o seguinte resultado: Reação de degeneração parcial no território inervado pelo cubital do lado direito.

Praticou-se então, em abril de 1940, a neurólise, estirpando-se dois fragmentos do nervo, em níveis diferentes, que foram examinados histologicamente. Em um deles (v. microf. 2) foi encontrada uma zona de necrose central, sendo-se na periferia um tecido de granulação rico em linfócitos, mostrando em alguns pontos pequenas estruturas nodulares com alguns gigantócitos. E' o quadro considerado típico para a lepra tuberculóide do nervo.

No outro (v. microf. 3) o aspecto histológico era diferente. Encontrou-se uma infiltração difusa por linfócitos acompanhados de células vacuolizadas contendo numerosos bacilos A. R, enquanto que no primeiro fragmento havia bacilos, porém em número muito pequeno.

O segundo caso foi por nós estudado apenas sob o ponto de vista histológico. O material foi-nos enviado pelo Dr. LINEU SILVEIRA, do Asilo-Colônia Pirapitingui:

Doente L. Z. B. Primeira biopsia em fevereiro de 1940, sôbre mancha eritemato-pigmentada do tórax. O exame histológico revelou um granuloma de estrutura tuberculóide (v. microf. 4). O exame bacterioscópico em cortes histológicos foi negativo. Em setembro de 1940 foi feita biopsia do nervo cubital esquerdo. O exame histológico (v. microf. 5) revelou uma intensa infiltração linfocitária com numerosas células vacuolizadas contendo grande número de bacilos A. A. R. Este processo do nervo, apresenta, pois, os caracteres de uma infiltração do tipo lepromatoso. Nos vários cortes examinados não foi possível encontrar nada que lembrasse uma lesão de tipo tuberculóide. Em vista disso pedimos nova biopsia de lesão cutânea que foi praticada alguns dias depois. O exame histológico que fizemos deu o seguinte resultado: No córion pequenas estruturas nodulares constituídas por elementos epiteloídes e um ou outro gigantócito. Tais estruturas mostram certo grau de edema intersticial e discreta reação linfocitfíria. Foram encontrados raros bacilos A. A. R. no interior de filetes nervosos. Diagnóstico : *Lepra tuberculóide* (v. microf. 6).

DISCUSSÃO

Dr. RABELO JÚNIOR: Desejo apenas cumprimentar o Dr. PAULO RATH DE SOUSA. Creio entretanto, que nesta questão de lepra tuberculóide, precisamos fazer estudos mais detalhados, porque hoje expomos uma série de critérios para estabelecer o diagnóstico sendo que todos os critérios existentes, mesmo o hiato-patológico, quando trata de reação extremamente livre, extrutura pre-tuberculóide, não podemos garantir se estamos diante de uma forma tuberculóide; em muitos casos, chegou-se ultimamente à conclusão, que certos casos leves podem manter um estado instável de imunidade, podendo haver uma variante no fim de 5 ou 6 anos para uma forma lepromatosa. De todos os critérios, o único que continua incólume, é a reação de Mitsuda. Proporia fazer a inoculação sub-cutânea do antígeno de Mitsuda, pois com isso, ternos a possibilidade de uma reação quase certa. No fim de 24 horas, os casos se definem nitidamente, segundo observações do Prof. FERNANDEZ. O lepromatoso não reage com 1,5 cc., o tuberculóide reage com uma inflamação focal, e nesse caso, se houvesse uma resposta incaracterística o caso teria que ser incaracterístico, ou não, no caso da forma incaracterística haver uma resposta focal sem reação geral, precisaríamos escolher um critério único, mas baseado nisto seria errado e ninguém o faria, creio por consequente, que nestes casos de diivida, quando houvesse resposta paradoxal em alguns casos como costuma haver em lepra tuberculóide, talvez a reação de Mitsuda viesse elucidar.

Dr. PAULO RATH DE SOUSA: Tenho que agradecer esta observação, porém, mencionamos o fato, apenas, sob o ponta de vista histo-patológico que é o nosso setor, não nos sendo possível considerar outros fatores.

Prof. WALTER BÜNGELER: Este caso não é tanto de extranhar como pode parecer a primeira vista, porque na tuberculose é conhecida a existência de duas formas inteiramente diferentes no mesmo indivíduo. Vou citar três exemplos:

1 — Casos que apresentam no pulmão, além de um foco de tuberculose produtiva fechado, uma broncopneumonia puramente exsudativa;



MICROFOTOGRAFIA 1:

Biopsia cutânea do doente A. P. Vê-se uma infiltração inflamatória crônica constituída por células epitelióides que se agrupam nodulares rodeadas por um halo linfocitário. Na parte inferior da figura uma destas estruturas mostra um gigantócito de LANGHANS.



MICROFOTOGRAFIA 2:

Biopsia de nervo do doente A. P. Na parte superior vê-se o bordo da área de caseificação. Mais para baixo um infiltrado inflamatório crônico com grande número de linfócitos e uma pequena estrutura nodular com gigantócitos.



MICROFOTOGRAFIA 3:

Biopsia de nervo do doente A. P. Infiltração linfocitária intersticial com numerosas células de WIRCHOW, pouco visíveis na microfotografia.



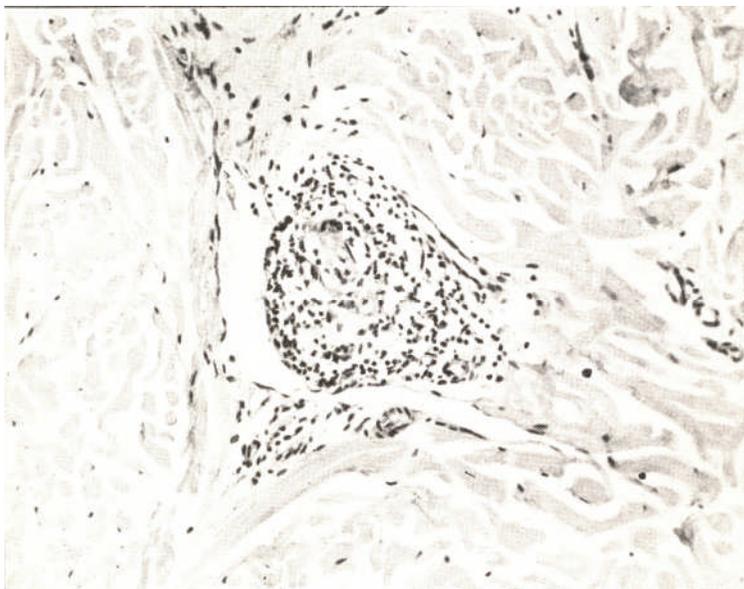
MICROFOTOGRAFIA 4:

Biopsia cutânea do doente L. Z. B. Vê-se um infiltração de tipo nitidamente tuberculóide.



MICROFOTOGRAFIA 5:

Biopsia de nervo da doente L. Z. B. Intensa infiltração linfocitária intersticial e numerosas células de VIRCHOW.



MICROFOTOGRAFIA 6:

2.ª biopsia cutânea da doente L. Z. B. Vê-se uma das pequenas estruturas nodulares descritas no texto.

2 — Tuberculose primaria encapsulada no pulmão e metastase exsudativa e caseosa no cérebro, o que mostra uma certa disposição orgânica para as duas formas diferentes da tuberculose;

3 — Tuberculose produtiva lentamente progressiva do tipo exclusivamente nodular no pulmão e tuberculose exsudativa caseosa e necrosante em urna vertebra. Estes casos mostram que na tuberculose é possível a coincidência de 2 formas inteiramente diferentes no mesmo individuo.

E' de se esperar que haja a mesma coisa na lepra, concordo com o Dr. NELSON, porem acho que esta coincidência das duas formas e rarissima na lepra. Em todo caso, o valor do diagnóstico clinico da lepra tuberculóide fica com está, os casos como o apresentado são rarissimos e tais observações tem um valor somente doutrinário. Para fins práticos, poderiamos ficar com a classificação clássica, entre a lepra tuberculóide e a lepromatosa.

Dr. PAULO RATH DE SOUSA: Publicamos este caso, como exceção, justamente por ter nos chamado a atenção.

Dr. LUIZ BATISTA: Quero dar alguns esclarecimentos. Penso que esse doente, de que o Dr. PAULO RATH DE SOUSA esta tratando (cito o nome do doente para não haver engano), tive ocasião de observar por algum tempo e continuo observando. Dermatologicamente, trata-se de unia forma incaracterística. A reação de Mitsuda foi feita sendo a leitura precoce positiva e depois de oito dias, feita pela técnica corrente, a reação ficou inteiramente negativa. A injeção sub-cutânea de 1 cc. de Mitsuda ficou igualmente negativa. Penso que com estes esclarecimentos poderiamos ter algumas informações do Prof. RABELO.

Dr. RABELO JUNIOR: E' unia questão da escôlha de critério. Um caso desses, pode ser tuberculóide e não ter foco lepromatoso algum e se não reage ao Mitsuda, não e unia forma maligna de lepra.