

SECCO EICHENBERG

Docente Livre e Chefe de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre
Serviço da 2.ª cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre:
Prof. Guerra Blessmann.

CONSIDERAÇÕES

EM TÔRNO DUM CASO DE LIPOMA PENDULADO

SEPARATA DA «MEDICINA E CIRURGIA»
(Revista da Assistencia Publica de Pôrto Alegre)
N. 2, Tomo 2 — Abril a Junho 1940

04-06/1940 - MED-CIRURGIA - CASO DE
LIPOMA PENDULADO

Considerações em torno dum caso de Lipoma pendulado

Secco Eichenberg

Docente Livre e Chefe de Clínica Cirúrgica da
Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre
Serviço da 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica da Fa-
culdade de Medicina de Pôrto Alegre:
Prof. Guerra Blessmann.

A 12 de dezembro de 1939, J. T., com 59 anos de idade, côr branca, casado, agricultor, morador à rua Marcelo da Gama, 259, natural deste Estado, procurou os serviços da Enfermaria "Professor Guerra Blessmann", na Santa Casa de Misericórdia desta Capital.

Vinha, segundo a afirmação da pessoa que o acompanhava, curar-se dumas feridas, que ultimamente haviam aparecido num "caroço" que tinha já à muito tempo.

Indivíduo dum natural um tanto acanhado, com o psiquismo não muito lúcido, informava com dificuldade às perguntas que lhe iam dirigindo.

Desde logo chamava atenção, à simples inspeção, uma assimetria acentuada do torax, com um aumento exagerado do lado direito, perfeitamente perceptível através das roupas.

Desnudado o torax para o exame, fomos verificar a existência de um enorme tumor, piriforme, pediculado, com implantação na região deltoideana D e na fáce postero-externa do terço superior do braço D. Fig. 1.

Como já dissemos, êste tinha a forma piriforme, com pedículo largo, mas achatado no sentido antero-posterior, com seu fundo globuloso, que com o membro superior em abdução atingia no pólo inferior a altura do rebordo costal.

A pele apresentava-se na face anterior, especialmente na metade inferior, dum coloração arroxeadada, distendida e segmentada.

Na face posterior, na metade superior era normal, enquanto que na metade inferior e ao nível do polo inferior, apresentava além duma ulceração maior, perfeitamente visível na fotografia n.º 2, várias outras menores, todas elas infetadas, dando escoamento a um líquido sero-purulento. O fundo destas ulcerações era coberto de um induto amarelo, de fibrina, as bordas eram irregulares e em declive para o fundo. Nesta face, na metade inferior, a pele também tinha a coloração arroxeadada da face anterior. Fig. 2.

Os movimentos ativos do membro superior D eram unicamente dificultados na elevação forçada do braço, pelo peso do tumor.

Pela palpação notavamos logo de início a qualidade mole do tumor, lobulado, indolor, com a temperatura cutânea igual ao do membro superior correspondente. Ao nível do pedículo, encontravamos os limites precisos, notando que a parte tumoral do pedículo não estava inserida profundamente.

Com exceção da zona circunvizinha às ulcerações, a pele era facilmente pregueável sobre o tumor.

O paciente não se queixava de dores produzidas por êste enorme tumor, que parecia pouco incomodá-lo, pois o mesmo havia aparecido ha mais de 20 anos e de 15 anos para cá tinha mais ou menos o tamanho atual.

O paciente continuava a desenvolver sua atividade como agricultor e somente veio procurar auxílio contra as ulcerações ultimamente aparecidas, verdadeiras escaras de de-

cúbito, desenvolvidas por ocasião de uma forte gripe, que acometera o paciente obrigando-o a permanecer vários dias acamado.



N.º 1
Vista anterior do tumor

Um fato interessante no presente caso, é representado pela acomodação que o paciente demonstrou para com o aparecimento e desenvolvimento de tal tumor, encontrando-se próximo a um centro, como Pôrto Alegre, onde com facilidade, poderia ter-se livrado ha mais tempo de tal incômodo.

Entretanto cremos que o estado psíquico do paciente muito contribuiu para tal, havendo mesmo de início relutado em aceitar a indicação terapêutica que apresentáramos, a extirpação cirúrgica do tumor.

Decidido a submeter-se à intervenção indicada, baixou na mesma data ao serviço da Enfermaria "Professor Guerra Blessmann", onde passou a ocupar o leito n. 19, caso n. 20 (registo de 1940).

A história do paciente e os dados colli-

dos no exame do mesmo, especialmente do tumor, nos levaram desde logo a afirmar a natureza benigna do mesmo, pelo seu crescimento lento, seus limites precisos, pela falta do caracter infiltrativo, pela falta de repercussão sôbre o estado geral, traduzida pela estabilidade do mesmo, durante todo o tempo da existência do mencionado tumor.

Ante um tumor pediculado, pendulado melhor dizer, de natureza benigna e de tão extraordinário tamanho, se nos apresentavam duas possibilidades — um fibroma ou um lipoma pendulado. — A consistência mole do tumor, a natureza lobulada de sua superfície, a séde donde partia o pedículo nos inclinaram ao diagnóstico de LIPOMA PENDULADO.

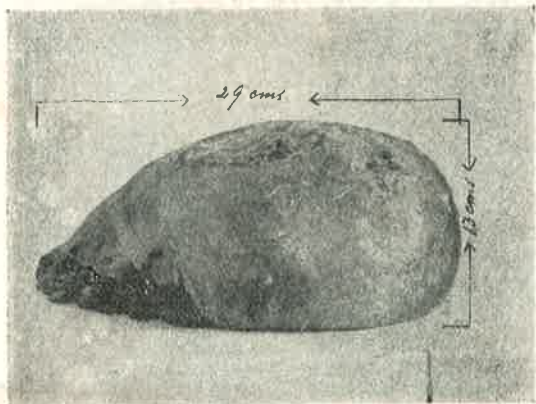
Com êste diagnóstico, indicamos e realizamos a 15 de dezembro de 1939, a extirpação cirúrgica, sob anestesia local pela neotutocaína a 1 por mil.

Incisão da pele, avançando sôbre o pedículo do tumor, afim de nos garantirmos



N.º 2
Vista posterior do tumor

com suficientes retalhos cutaneos, para a síntese do ferimento operatório, sem tensão prejudicial. Ligadura de vasos superficiais, bem como de um lago de varíces venosas, no ângulo inferior do pedículo. Descolamento dos retalhos cutaneos e secção do pedículo do tu-



N.º 3

mor, composto unicamente de tecido adiposo, com enucleação da massa adiposa que se encontrava frouxamente aderente aos planos musculares e aponeuroticos. Sutura do ferimento operatório com fios de seda isolados.

Para melhor compreensão do tumor, fizemô-lo fotografar visto de frente e de perfil, bem como uma vista do tumor depois de incisado ao nível de sua linha mediana.

A mensuração do tumor, depois de extirpado, deu os seguintes resultados: comprimento, antes de extirpar, de cima para baixo, — 29 cms.; altura, antes da extirpação, de diante para traz, — 13 cms.; largura, antes da operação, de fora para dentro, — 23 cms. As duas primeiras medidas citadas, podemos apreciar, gráficamente demonstradas na fotografia n. 3 e a última na fotografia n.º 4.

A fotografia n.5, demonstra o tumor seccionado ao meio, deixando ver com toda a nitidez o tecido gorduroso, septado em lobos pelo estroma conjuntivo. O tumor extirpado pesava quatro quilos.

O achado operatório veio pois confirmar nosso diagnóstico clínico pré-operatório, de um LIPOMA PENDULADO.

No terceiro dia, após a intervenção, for-

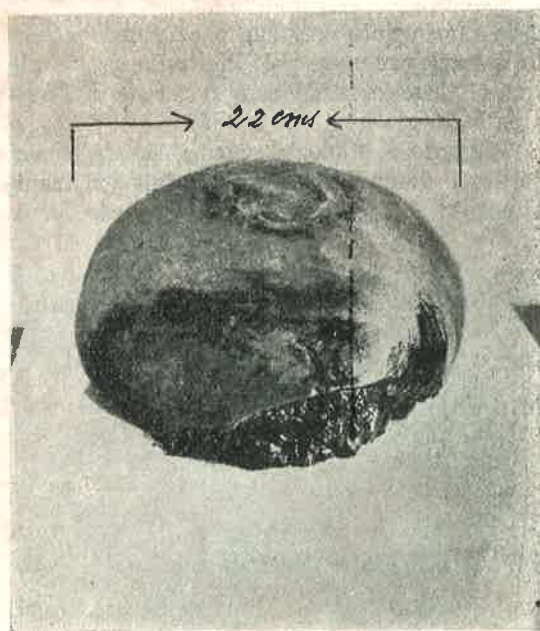
mou-se ao nível do ferimento operatório, no seu terço inferior, uma coleção purulenta, que drenada, deixou pela retração dos tecidos uma zona desepitelialisada com o diâmetro de uns cinco centímetros.

Curativos com pomada de óleo de fígado de bacalhau, em dias alternados, em pouco tempo, levavam esta superfície à completa cicatrização.

A fotografia n.º 6, demonstra o resultado da intervenção poucos dias antes da cicatrização completa, que processou-se em meados de Janeiro do corrente ano, época quando o paciente teve alta do serviço.

O presente caso apresenta dois aspectos interessantes: o primeiro, a forma pouco comum, o lipoma pendulado e tamanho do mesmo, e em segundo lugar, como já nos referimos a pouca importância que lhe ligava o paciente.

O lipoma, tumor benigno, formado a custa de tecido gorduroso, tem seu ponto de partida em células de tamanho grande, que começam a depositar em seu interior a gordura (1). A rede capilar tênue, conglomera certo número destas células, em forma dum cacho de uva, e por sua vez vários destes con-



N.º 4

glomerados assim constituídos, são reunidos pelo estroma conjuntivo, formando os lóbulos adiposos, que veem dar ao lipoma a sensação lobulada de sua superfície.

O lipoma é encapsulado por uma fina camada de tecido conjuntivo, que mantém uma ligação frouxa com os tecidos vizinhos, daí a facilidade em descolá-lo na extirpação, daí o fácil pregueamento da pele sobre o tumor e daí também sua relativa mobilidade sobre os planos profundos.

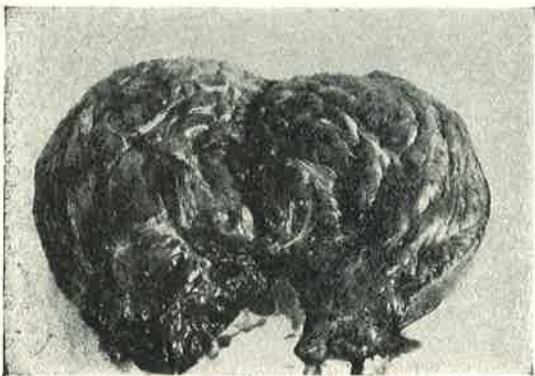
Entretanto esta conexão torna-se mais firme, chegando a fixar-se o lipoma sobre os tecidos vizinhos, nos casos de traumatismos e infecções.

Desta forma, vemos que os lipomas não invadem a pele, mas que desta partem esparsas pequenas tramas fibrosas que mantêm a massa lipomatosa, e que são as trabéculas de tecido conjuntivo, o estroma dos lipomas.

O lipoma é um tumor benigno com todos os característicos de benignidade, apresentando-se isolado, múltiplo ou simétrico e é raramente congênito. A idade preferencial é entre 30 a 50 anos. Seu crescimento é muito lento.

Subcutâneo, toma inicialmente a forma duma elevação arredondada, passando depois a de uma calote esférica, e conforme a sede do tumor, tornam-se pelo efeito da gravidade, pendulados, tomando com o tempo a forma dum saço.

Quanto à etiologia, várias são as teorias citadas e defendidas, LEXER fala em transplantação de células e em irritação local;



N.º 5



N.º 6

BLASCHKO (2) em etiologia hereditária; GROSCH, KOCHARTZ, PAYR e outros (3) julgam que os lipomas simétricos tenham uma origem trofoneurótica.

A sede preferencial é o tecido celular sub-cutâneo das costas e dos ombros, sendo raros os lipomas sub-aponeuróticos e subperiosticos.

A pele dos lipomas é normal, salvo nos casos de complicações, pregueável, os limites do tumor são nítidos, o crescimento é lento, o tumor é móvel sobre o plano profundo, a superfície é lobulada ou bosselada, a palpação dá uma sensação de consistência mole, quicá butirosa, é indolor geralmente, pois sómente apresenta dores por compressão nervosa ou em caso de infecção.

Costumamos ver citada a pesquisa da

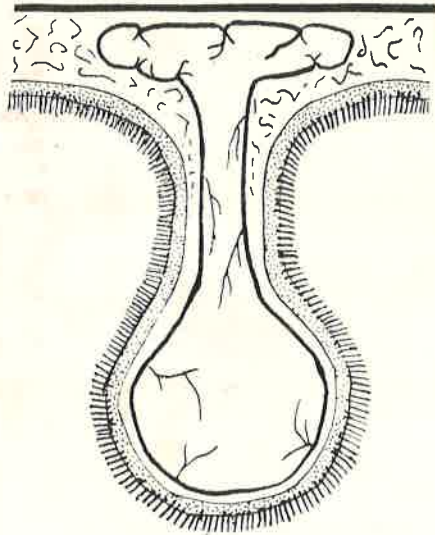
flutuação nos lipomas, e BAILEY (4) julga razoável tal expressão em relação aos mesmos, pois considera líquida a gordura à temperatura orgânica. Nos casos de lipomas pendulados crêmos que tal pesquisa não tenha a importância que BAILEY lhe quer dar.

O lipoma simples pôde ser confundido com o fibroma, com certa variedade de cistos, os dermoídes, os teratômas, e às vezes também com os abscessos frios.

No caso do lipoma pendulado entretanto esta confusão é mais restrita, pois pela sua forma característica, encontra quasi que sómente possibilidade de confusão com fibroma pendulado.

Na primeira hipótese, a dum lipoma simples, os cistos de retenção, tais como os aterômas da face tem seus característicos especiais, que levam a um diagnóstico seguro. séde, o ponto escuro ao nível do cume do cisto, a superfície lisa, etc. Os cistos dermoídes tem sua séde característica, e não poucas vezes temos a possibilidade de, pela palpação, podermos determinar o seu conteúdo específico, o mesmo se processando com os teratômas.

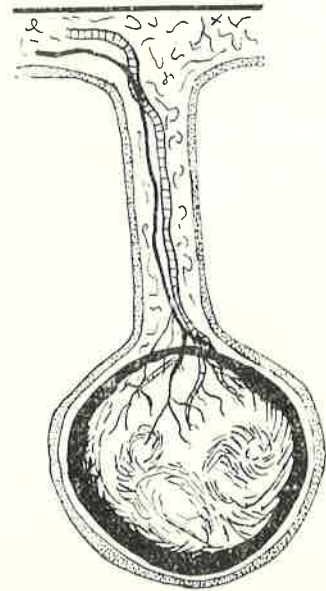
Quanto ao abscesso frio MONLOUGUET-



N.º 7
Lipoma pendulado

(Corrigan-Cl. Diagnosis of Swellings —
Figs. 22 e 23 — páginas 60 e 67)

DOLERIS (5), cita o sinal de HENOCQUE, actualizado por AUVRAY, segundo o qual o lipoma endurece com a ação do gelo, enquanto o abscesso frio não se modifica.



N.º 8
Fibroma pendulado

Se bem que BAILEY admita a flutuação nos lipomas, a tão chamada "pendo-flutuação" de certos autores, êle afirma que a lobulação é característica dos lipomas. Entretanto lembramos que nos lipomas sub-aponeuróticos é difícil esta percepção.

Quanto ao lipoma pendulado, crêmos que uma vez acertada a natureza benigna do tumor, os dados clínicos acima descritos, a confusão poderá sómente estabelecer-se com o fibroma pendulado.

CORRIGAN (6) estuda muito bem êste ponto, apresentando duas interessantes figuras que reproduzimos neste trabalho e que deixam bem patentes as diferenças existentes entre o lipoma e o fibroma pendulado.

O lipoma (figura n. 7) tem base sôbre o facia, a massa lipomatosa segue o pedículo e se estende sempre continua na parte inferior dilatada.

A palpação cuidadosa do tumor permitirá perfeitamente a verificação destes detalhes.

O fibroma (figura n. 8) se desenvolve sómente na parte inferior dilatada, sendo o pedículo indene de tecido fibromatoso.

HABERLAND (7), divide os lipomas em lipomas verdadeiros e lipomas mixtos, sendo que nestes últimos o fibro-lipoma representa o maior número. O fibrolipoma tem uma consistência mais dura que o lipoma verdadeiro ou puro, consistência esta que pôde ser generalizada ou localizada, e que depende em sua intensidade da maior ou menor quantidade de tecido fibroso no interior do lipoma.

Nos casos em que os vasos sanguíneos, que correm pelo tecido conjuntivo, se dilatam ou aumentam o número, poderemos observar o ângio-lipoma, bem como se o lipoma apresentar em seu interior tecido mucoso ou muscular, teremos então os mixo-lipomas ou os mio-lipomas.

BASTOS ANSART (8) divide os lipomas em: isolados, simétricos, anular do pescoço, lipomatose múltipla, heterotópicos e os atípicos (pré-herniários e os arborescentes).

GREENSFELD e BITTUN (9), de acordo com suas estatísticas organizadas, encontram as seguintes percentagens, na classificação histológica:

Lipomas puros	46%
Fibro-lipomas	20%
Mixo-lipomas	10%
Fibro-mio-lipomas	10%
Com degeneração sarcomatosa	14%

Entre as complicações ou transformações que o lipoma pôde sofrer, deveremos citar a formação de cistos óleosos, a calcificação, a degeneração sarcomatosa, a ossificação, a necrose e ulcerações.

MAC CALLUM (10) julga rara a confluência óleosa de vários lóbulos gordurosos, formando os chamados cistos óleosos.

ASCHOFF (11) cita a formação do "dermatocele lipomatoso", pela torção do pedículo dos lipomas pendulados, que devido à deficiência de irrigação sanguínea, sofrem a atrofia e o amolecimento. A pele, nestes casos, torna-se enrugada.

A degeneração sarcomatosa, que como vimos, para Greenfeld se encontra numa percentagem bastante elevada, segundo COLE e ELMAN (12), corre por conta de núcleos sarcomatosos que às vezes se encontram no interior dos lipomas, dando lugar ao aparecimento do liposarcoma, muito maligno, tumor que dá de preferência metastases pulmonares. Para estes autores, a raridade, citada por outros, com relação ao liposarcoma, depende unicamente de exames anatomo-patológicos feitos sem maior cuidado, e que não abrangem toda a extensão do tumor.

O tratamento é um só, o cirúrgico, com a extirpação total do tumor, extirpação esta, não só requerida por finalidades estéticas, como também, em alguns casos, para evitar compressões e outros incômodos, afóra do perigo dessa transformação maligna, da formação do liposarcoma, que não é de desprezar.

A recidiva é rara, e quando se dá, na opinião de GREENSFELD (13) é devida à presença de núcleos sarcomatosos, em partes não retiradas. — Para COLE e ELMAN, (14), a possibilidade do lipo-sarcoma, exige a extirpação de todo e qualquer lipoma.

HABERLAND (15) chama a atenção para certa dificuldade de cicatrização do ferimento operatório, devido a serosidade que se forma pela transformação de resquícios do tumor, que sempre permanecem ao nível do mesmo ferimento. — Em nosso caso tivemos, como assinalam os anteriormente, ocasião de verificar tal assertiva.

BIBLIOGRAFIA

- (1) — LEXER Erich — Lehrbuch der Allgemeine Chirurgie 20te. Auflage. 1934 - Stuttgart.
- (2-3) — Obra citada sob n. 1.
- (4) — BAILEY Hamilton — Physical Signs in Clinical Surgery 5th. edition - 1936 - London.
- (5) — MOLONGUET-DOLERIS P. — in Pratique Medico Chirurgicale de Couvelaire, Mermierre et Lenormant - Vol. V - 3eme edition - Paris.

- (6) — CORRIGAN C. E. — The Clinical Diagnosis of Swellings - 1939 - Baltimore.
- (7) — HEBERLAND H. F. O. — Die Differentialdiagnose chirurgischer Erkrankungen - 1935 - Berlin-Leipzig.
- (8) — ANSART Manoel Bastos — Tratado de Patologia Quirurgica General - 1932 - Madrid - Editorial Labor.
- 9) — GREENSFELD & BITTUN — in Nelson New Loose-Leaf Surgery - Vol. 2 - Capitulo L.
- (10) — MacCALLUM W.G. — A Text Book of Pathology - 6th. edition - 1938 - Saunders.
- 11) — ASCHOFF L. — Tratado de Anatomia Patológica - Trad. esp. de la 7.^a ed. clamaus - 1934 - Editorial Labor - Barcelona.
- 12) — COLE Waren H. & ELMAN Robert — Textbook of General Surgery - 2d. editions - 1939 - Appleton. N. York.
- (13) — Obra citada sob número (12).
- (14) — Obra citada sob número (12).
- (15) — Obra citada sob número (7).