

Secco Eichenberg

Docente Livre e Chefe de Clínica da Faculdade de Medicina
de Porto Alegre: Catedrático Professor Guerra Blessmann

Médico-Chefe da «Protetora» Companhia de Seguros contra
Acidentes do Trabalho, Porto Alegre

Fibroma de bolsa escrotal

(Considerações em torno dum caso clínico)

Separata da
«Medicina e Cirurgia»

Revista da Diretoria de Saúde Pública Municipal
de Porto Alegre

Ano IV — Setembro à Dezembro de 1942

Número 3, Tomo 4



09-12/1942-MED-CIRURGIA-FIBROMA DE
BOLSA ESCROTAL

Fibroma de bolsa escrotal

(considerações em torno dum caso clínico)

por **Secco Eichenberg**

Docente Livre e Chefe de Clínica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre: catedrático Professor Guerra Blessmann

Médico-Chefe da Protetora" Companhia de Seguros contra Acidentes do Trabalho, Porto Alegre

A 3 de abril de 1941, baixava à Enfermaria "Professor Guerra Blessmann" (18.^a) da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre o paciente:

O. R., com 32 anos de idade, de côr branca, sexo masculino, solteiro, natural deste Estado, residente à rua Tomaz Flores n.º 270, de profissão operário, que passou a ocupar o leito n.º 36, caso n.º 191".

Baixara para operar um tumor da bolsa escrotal.

Contava que seis meses antes havia notado o aparecimento de um pequeno tumor, do tamanho dum ovo de passarinho, duro, indolor, na face posterior da loja D da bolsa escrotal. Não podia ligar o aparecimento deste tumor a qualquer traumatismo.

Nos cinco meses sub-sequentes, o tumor, continuando com o característico de indolor, foi lentamente aumentando de volume, até atingir o tamanho dum ovo de galinha.

Duas semanas antes de baixar à enfermaria, sofreu, numa partida de foot-ball, um traumatismo sobre a bolsa escrotal, que também atingiu o tumor.

Em consequência deste traumatismo, acelerou-se o crescimento do tumor, e o pólo inferior do mesmo, diretamente atingido, foi sêde dum processo inflamatório com consequente formação de duas zonas de necrose.

Estas zonas, arredondadas, do tamanho duma moeda de rs. 400, das antigas, terminaram em duas ulcerações, que passaram a secretar um líquido sero-hemático.

Havendo o tumor atingido ao tamanho de uma laranja de umbigo, das grandes, e diante das ulcerações do polo inferior, come-

çou o paciente a ser importunado, e portanto procurou socorro médico para proceder à remoção do tumor.

A história mórbida anterior, pessoal e familiar, era completamente negativa ou de completa desconexão com o caso presente.

À inspeção da bolsa escrotal, encontramos desde logo o tumor mencionado do tamanho de uma grande laranja de umbigo, levemente piriforme, situada na loja D da bolsa escrotal e implantada na face posterior da mesma.

A figura n.º 1, nos ilustra o que acabamos de descrever, mas a figura n.º 2 permite verificar melhor as relações do tumor com o resto da bolsa escrotal.

Nesta segunda fotografia podemos apreciar o pólo inferior com as duas ulcerações já aludidas. Também podemos notar nessa fotografia, a independência de tumor de ambos os testículos, cujos relevos se desenhavam perfeitamente, à esquerda do tumor, cobertos de pele de característicos normais.

A palpação confirma todos estes dados, tanto em relação ao tamanho, como quanto à sêde do tumor, que se encontra pediculado em superfície relativamente larga, sobre o terço superior da face posterior da loja D, partindo do tecido subcutâneo.

A pele sobre o tumor é lisa e fixa na metade inferior, dificilmente plegueável na metade superior. O tumor é indolor à palpação, de consistência relativamente dura na metade superior, amolecendo para a metade inferior.

A palpação demonstra o completo isolamento do tumor de ambos os testículos, epi-

dimos e cordões espermáticos, levemente repelidos para a esquerda, mas completamente normais.

O paciente não apresentava nenhuma perturbação urinária ou da função sexual. Gânglios inguino-crurales normais. Exame de urina normal. Reação de Wassermann negativa, acompanhada da falta dos estigmas clínicos da sífilis. Os exames dos diversos aparelhos resultaram negativos.

Estávamos sem dúvida diante dum tumor sólido dependente ou com origem no tecido sub-cutâneo da bolsa escrotal, o que nos fazia de imediato afastar a variada hipótese dos tumores líquidos da bolsa escrotal.



Fig. 1 — Fotografia anterior

O não comprometimento dos testículos e de suas túnicas, dos epidídimos e cordões espermáticos, a falta do caracter invasor, a falta de metastases, a absoluta falta de comprometimento do estado geral, nos levaram à única hipótese diagnóstica plausível, de um blastoma benigno da bolsa escrotal propriamente dita.

O aspecto do tumor já nos permitia afastar a hipótese de um cisto, líquido ou de retenção, estes últimos, os tumores benignos mais frequentes na bolsa escrotal.

Ficávamos pois entre a possibilidade de

um fibroma ou de um lipoma, sendo que nos inclinávamos mais para um fibroma, diante dos informes da evolução (tumor duro) e da diferença de consistência que o mesmo apresentava (uma parte dura, com outra mais mole, mas mesmo assim sem os característicos da consistência de um lipoma).

Diagnóstico clínico provável — Fibroma.

A 7 de abril de 1941, sob anestesia loco-regional pela neototucaina a 1%, extirpamos o tumor com extrema facilidade, dada as conexões frouxas pelas quaes estava ligado no terço superior da face posterior da loja D da bolsa escrotal, no tecido sub-cutâneo. Sutura da pele a seda, após leve hemostasia e plástica dos bordos do ferimento operatório (excesso de tecido). Cicatrização por primeira intenção.

Ao corte o tumor apresentava na metade superior um aspecto fibroso, que na metade inferior era largamente entremeado por um tecido de consistência mais gelatinosa.

A peça foi enviada a exame histo-patológico, e o Dr. Heitor Masson Cirne Lima, nos forneceu o seguinte resultado:

“Tumor constituído por tecido fibroso, com extensas zonas de degeneração mixomatosa. Há pequenos focos hemorrágicos e, em alguns pontos, intensa infiltração inflamatória crônica por linfócitos, plasmócitos, grandes células mononucleadas e leucócitos polinucleares”.

Diagnóstico histo patológico: Fibroma com degeneração mixomatosa.

Conforme já havíamos consignado, entre os tumores ou blastomas benignos da bolsa escrotal, são relativamente frequentes os cistos de retenção, os cistos sebaceos, aliás quasi sempre múltiplos. Entretanto era a primeira vez que no serviço da Enfermaria, desde sua fundação, aparecia um caso de fibroma da bolsa escrotal.

O aspecto do caso clínico em si, e sua relativa raridade, nos fez separa-lo, afim de pesquisarmos a literatura médica em relação aos blastomas benignos da bolsa escrotal.

O que encontramos foi pouco, pois os tratados, passam por alto sobre os blastomas benignos da bolsa escrotal, não só devido a sua pouca frequência, salvo os cistos sebaceos, bem como também diante do prognóstico favorável que tem.

PATEL (1) ao tratar dos tumores benignos da bolsa escrotal, também cita os fibromas, mas declarando que estes, bem como os outros tumores benignos, não reconhecem a bolsa escrotal como sede de eleição.

CORRIGAN (2) em sua interessante obra sobre a semiologia dos tumores, declara que os fibromas são tumores duros ou moles, sempre globulosos, sesséis ou pediculados, quasi nunca ultrapassando o tamanho de uma laranja grande, sendo que quando atingem a maiores dimensões, deveremos pensar imediatamente na possibilidade de uma transformação sarcomatosa.

Para CORRIGAN são menos frequentes, que poderíamos pensar, em face da relativa abundância de tecido fibroso no organismo. Tem origem preferencial em quatro elementos — ossos, bainhas tendinosas, sub-capsulares em certas glândulas, nervos.

Na pele ou tecido sub-cutâneo, podem ter origem numa terminação nervosa, ou sem relação com a mesma.

Sua principais complicações, além da possibilidade de infecção secundária, são a degeneração mixomatosa e a transformação sarcomatosa.

Em trabalho nosso, anterior (3), apresentamos os sugestivos desenhos de CORRIGAN, diferenciando os fibromas pedicelados dos lipomas da mesma espécie.

WARBASSE e SMYTH (4) também são paucos ao aludirem aos tumores da bolsa escrotal propriamente ditos: benignos de ótimo prognóstico pela fácil extirpação; malignos que requerem intervenções amplas e o melanosarcoma de pronóstico fatal.

SMITH (5) apresenta a seguinte divisão dos tumores benignos da bolsa escrotal, de acordo com o tecido originário:

Péle — cistos sebáceos.

Tecido conjuntivo — linfagiomias.

Dartos — tumores embrionários

(Leoffler),

não citando pois os lipomas e os fibromas, que apesar de mais raros, podem no entanto também aí sediar-se.

HOYER (6) também não cita o fibroma nos tumores benignos da bolsa escrotal, faia nos cistos de diversas espécies, no hemangioma,

no aneurisma cirsoide e nos lipomas que classifica a todos como raros.

RECCIUS (7) diz em seu tratado de diagnóstico cirúrgico — "Los verdaderos tumores del escroto no presentan nada de particular. Frecuentes son los ateromas".

Estamos de acordo, que não apresentam, estes tumores, nenhum característico particular derivado do local em que estão sediados. Um fibroma da bolsa escrotal, terá os mesmos característicos e possível evolução clínica, que um fibroma localizado em qualquer outra parte do organismo.



Fig. 2 — Fotografia anterior, tumor levantado

Mas não deixa de haver interesse, em conhece-los bem, especialmente os fibromas, diante de sua relativa raridade na bolsa escrotal, para os casos de diagnóstico diferencial, principalmente como no nosso caso, onde à uma lesão secundária do pólo inferior (infecção e escara) se aliava uma degeneração mixomatosa.

Estas particularidades poderiam dificultar até certo ponto a diferenciação com um blastoma maligno. A evolução, a falta de comprometimento geral, a falta local de caracter invasor, a falta de metastases, o resultado do exame histo-patológico, foram neste caso, como o serão em outros, os elementos

demonstrativos da benignidade do tumor que apresentava nosso paciente.

Os anatomo-patologistas estão de acordo que a degeneração mixomatosa dos fibromas não significa transformação de seu caracter de benignidade em malignidade.

BRAEUCKER e HABERLAND (8) em sua completa obra de semiologia cirúrgica, citam os fibromas entre os tumores benignos da bolsa escrotal, enquanto que WULLSTEIN e WILLMS (9) só se referem aos cistos sebaceos.

A única referência direta aos fibromas da bolsa escrotal, encontramos em MAC CALLUM (10) que diz — "ocasionalmente tumo-

res bem grandes, compostos de tecido fibroso, moles, são encontrados pendentes de grande pedículo. dos grandes lábios ou de quaesquer outras partes dos órgãos genitais exteriores".

AXHAUSEN (11) divide os fibromas em duros ou desmoides e moles ou moluscos. LEXER (12) declara que os fibromas do tecido sub-cutaneo — como em nosso caso — são mais raros que os da pele e podem ser observados em qualquer parte.

Eis aí, rapidamente algumas considerações referentes a um caso clínico do serviço de cirurgia onde trabalhamos e que julgado de interesse pelas razões já apontadas, resolvemos registrar.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Patel J. — Diagnostic Chirurgical — Lenormant. Tome II — Thorax, paroi abdominale, organes genitiaux externes, pagina 363.
- 2 — Corrigan C. E. — The clinical diagnostic of swellings. 1939 — pagina 63.
- 3 — Secco Eichenberg — Considerações em torno dum caso de lipoma pendulado. "Medicina e Cirurgia" — Revista da Assistência Pública de Porto Alegre — n.º 2 — Tomo 2 — 1940 — Separata — pag. 5.
- 4 — Warbase J. P. & Smyth C. M. — Surgical treatment. — Tomo III — pagina 282 — 1937 — Saunders.
- 5 — Smith G. G. — Injuries and diseases of the scrotum in Practice of Surgery — Dean Lewis — Volume IX — Cap.tulo 26 — pag. 7.
- 6 — Hoyer F. R. — Surgery of the scrotum, testicles and groin in Nelson New — Loose Leaf Surgery — VI — pagina 107.
- 7 — Reccius A. E. — Tratado de diagnostico quirúrgico — Santiago — 1940 — pagina 548.
- 8 — Braucker W & Haberland H. F. O. — Die Differentialdiagnose chirurgischer Erkrankungen — 1935 — pagina 990.
- 9 — Wullstein & Wilms — Tratado de Patologia y Clinica Quirurgicas — tradução espanhola — Tomo III — pagina 335.
- 10 — Mac Callum W. G. — A text-book of Pathology — 1938 — pagina 1028.
- 11 — Axhausen — Die Chirurgie des Anfaengers — 1923 — pagina 81.
- 12 — Lexer Erich — Lehrbuch der Allgemeinen Chirurgie — Tomo 2 — pagina 295.