

Dr. Secco Eichenberg

Docente Livre e Chefe de Clínica Cirúrgica da 2.ª cadeira de Clínica Cirúrgica da Fac. de Medicina de Porto Alegre; Catedrático Guerra Blesmann. Médico-Chefe da «Protectora» Cia. de Seg. contra Acidentes do Trabalho.

Considerações em torno dum caso de lipoma intramuscular do Deltoide

**Separata de «Medicina e Cirurgia»
Revista da Diretoria de Saúde Pública
de Porto Alegre
Ano V - Setembro à Dezembro 1943 - N. 3, Tomo 5**



09-12/1943-MED-CIRURGIA-LIPOMA
INTRAMUSCULAR DELTOIDE

LIVRARIA CONTINENTE
1943

Considerações em torno dum caso de lipoma intramuscular do Deltoide

por **Secco Eichenberg**

Docente Livre e Chefe de Clínica Cirúrgica da 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre: catedrático Guerra Blessmann.

Médico Chefe da "Protectora" Companhia de Seguros contra Acidentes do Trabalho.

P. R., com 65 anos, branco, casado, natural deste Estado, carpinteiro, residente à Avenida Pernambuco n.º 2040, baixou em 1.º de Maio de 1943 à 18.^a Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, onde sob papeleta número 5574, caso número 164, passou a ocupar o leito número 19.

Queixava-se de um tumor do braço D, que ultimamente vinha lhe trazendo incômodos, pois lhe tolhia parcialmente os movimentos do respectivo membro superior, entravando a sua atividade profissional.

Notara o tumor pela primeira vez, 25 anos antes, mas até há três anos atrás era muito pequeno e nenhum incômodo lhe causava. De três anos para cá começou a notar que o tumor se desenvolvia, primeiro lentamente e nestes últimos meses antes de baixar, mais rapidamente.

As fotografias anexas ilustram perfeitamente a forma e a localização topográfica do tumor, que à palpação apresentava especialmente na parte superior a sensação butirosa dos lipomas. Pele pregueável sobre o tumor, principalmente na sua metade inferior, o tumor era relativamente fixo sobre os planos profundos. Leve desenho venoso sob a pele, ao nível do tumor.

Diante da consistência, aspecto e perfeita tolerância do tumor, fizemos o diagnóstico de lipoma. Era completamente indolor.

A 3 de Maio do corrente ano, sob anestesia pelo éter, intervimos no caso para proceder à extirpação do tumor. Ao fazermos

a incisão da pele, em linhas duplas elípticas e concêntricas, sobre a face anteroexterna do tumor, e iniciarmos a dissecação da pele, deparamos abaixo do tecido sub-cutâneo, não com o tecido gorduroso típico dos lipomas que pensávamos encontrar, mas com a fascia aponeurótica e as fibras musculares do deltoide.

Entretanto, à apalpação, continuávamos a ter a mesma impressão de um lipoma, o que foi imediatamente confirmado quando passamos a fazer uma dissociação cuidadosa das fibras musculares no sentido de seu eixo longitudinal e viemos descobrir abaixo de uma camada muscular relativamente fina o verdadeiro tumor gorduroso — o lipoma.

Verificando a estranha sede do lipoma, verdadeiramente intra-muscular, continuamos a dissecá-lo cuidadosamente, retirando-o com a máxima delicadeza para manter a integridade das fibras musculares, de dentro de sua carapaça muscular. Sòmente no terço superior, é que as fibras musculares já dissociadas, pela fôrça expansiva do tumor intramuscular, deixaram sair o lipoma que nesta parte entrava diretamente em contacto com o tecido sub-cutâneo.

Retirado o tumor, foi feita a hemostasia e sutura da brecha muscular e pele a fio de algodão. O tumor pesava 500 grs. e tinha a forma irregular de acôrdo com os diversos prolongamentos que tinha na intimidade do tecido muscular do deltoide.

Cicatrização per primam. Alta curado a 12 de Maio de 1943.

Sob ponto de vista geral, nada temos a

acrescentar às considerações expendidas em trabalho anterior, quando relatamos um caso de lipoma pendulado (1).

Entretanto, si aparentemente o nosso presente caso não se diferenciava dos casos geralmente observados e descritos, no entanto durante o ato operatório revelou-se um característico especial.



Fig. 1 — O tumor visto anteriormente.

E' que o lipoma estava localizado dentro do corpo do músculo deltoide, desenvolvendo-se entre as suas fibras, nos espaços intra-musculares ou interfasciulares. Crescera dentro do músculo afastando feixes e somente em um ponto, já assinalado, é que o afastamento dos feixes superficiais, permitiu a exteriorização ou o afloramento sub-cutâneo do lipoma.

Para extirpá-lo, foi necessário desinserí-lo, retirá-lo verdadeiramente de dentro do músculo deltoide. Foi esta localização pouco comum que nos levou a registrá-lo, o que agora fazemos, tecendo algumas considerações sobre os lipomas, especialmente em relação à sua localização intra-muscular.

CORRIGAN (2) divide os lipomas em: sub-cutâneos, sub-mucosos, subfasciais ou sub-aponeuróticos, sub-serosos, sub-periósticos, sub-sinoviais e sub-capsulares.

Ora, em nenhuma destas divisões pode-

mos enquadrar o nosso lipoma, pois si bem que o considerassemos sub-fascial, tal localização seria imprecisa, levando em conta que somente num ponto menor, por afastamento das fibras musculares, é que o tumor vinha tornar-se sub-facial ou sub-cutâneo. Dado o característico prático da obra de Corrigan, inferimos desde logo que a localização intra-muscular, devia ser considerada como pouco frequente.

MAYER (3) ao tratar dos tumores musculares, ressalva que ao lado dos tumores verdadeiramente musculares, podem ser observados outros intra-musculares ou que invadem os músculos, tumores benignos, a saber: angiomas, fibromas, lipomas e fibromixomas.

Como sabemos, os lipomas são formados em última análise, por células gordurosas distribuídas em pequenos lóbulos, cada qual com a sua irrigação sanguínea. Os lóbulos



Fig. 2 — O tumor visto lateralmente.

são por sua vez mantidos em conjunto por septos de tecido conjuntivo. Por outro lado os lipomas são separados dos tecidos vizinhos por uma cápsula fibrosa, que entretanto pode ser tênue, diminuta e até não perceptível, estabelecendo-se então o lipoma difuso.

Segundo WOOD (4) as localizações do

lipoma podem ser assim divididas: subcutâneos — articulações — meninges e cérebro — pulmões — fígado — rim — glândula mamária — tubo digestivo — ligamento redondo — deferente — retroperitoniais e **ocasionalmente** noutros lugares, entre os quais também os músculos. São também às vezes múltiplos e simétricos.

Quanto ao estroma, apresentam a seguinte divisão e percentagem:

Lipomas puros	— 46%
Fibro-lipomas	— 20%
Mixo-lipomas	— 10%
Fibro-mixo-lipomas	— 10%
Sarcomata	— 14%

Quanto à etiopatogenia, os autores se dividem nos que admitem a formação dos lipomas à custa de resíduos de células embrionárias em zonas anormais e os outros que propugnam pela teoria da irritação local de tecido gorduroso em localizações normais.

Quando o lipoma tem uma irrigação sanguínea fora do comum, mesmo exagerada, teremos os angioliipomas ou os lipomas cavernosos.

Suas complicações principais, como já vimos (5) são a calcificação e a transformação sarcomatosa, que segundo a estatística de WOOD atinge o número bastante apreciável de 14%.

Em relação às regiões do organismo mais frequentemente sede de lipomas sub-cutâneos, temos na opinião de MAC CALLUM (6) as regiões dorsais, a região cervical posterior, os ombros e as nádegas. MAC CALLUM cita outra complicação, a da "oleificação" — isto é, a formação, pela fusão de vários lóbulos gordurosos, de depósitos de gordura líquida. Chama também atenção para a forma de adipose irregular dolorosa de Dercum e para as interessantes localizações no mesentério.

LEXER (7) reconhece-os raramente congênitos, aparecendo com frequência em indivíduos de 30 a 50 anos, e preferencialmente no sexo feminino, mais predisposto já de per si, à adiposidade.

A cápsula a que já aludimos acima, é quasi sempre frouxa, só tornando-se aderente por irritação.

VIRCHOW já chamava a atenção para o fato que os lipomas se encontram à margem do metabolismo das gorduras, pois si um paciente portador de um lipoma, começa a emagrecer, o lipoma em si não se altera de volume, especialmente para menos.

Cresce por expansão, e si o faz entre músculos e tendões, afasta-os.

A sede preferida, segundo LEXER, é o tecido sub-cutâneo dos ombros e das regiões dorsais (Grosch e Stoll), sendo menos frequente no peito, nuca, pescoço, nádega e ainda mais raro na face, crânio, bolsa escrotal e nos grandes e pequenos lábios.

Ao contrário dos lipomas sub-cutâneos, os que se encontram situados abaixo do fascia e aponeurose, no perióstio e no **tecido intersticial dos músculos**, são **menos frequentes**. Esta última é a localização exata do lipoma de nosso caso clínico, nascido no tecido intersticial do músculo deltoide.

Os lipomas **intramusculares** se situam nos músculos do dorso, face anterior do hemitorax (debaixo do grande peitoral), nos membros e na parede abdominal.

RECCIUS (8) declara que si o lipoma é subdeltoideo tem uma consistência firme, pois todo o deltoide lhe fica acima, quando o palpamos. Ao localizar-se no biceps pode confundir-se com um sarcoma muscular.

ROHDE (9) descreve um caso de lipoma intra-muscular dos músculos do antebraço, produzindo fenômenos de compressão. Declara que os lipomas intramusculares são tumores raros.

BECK (10) apresenta os seguintes dados percentuais, quanto à localização dos lipomas nos membros: justamente 50% para cada um dos membros — superior e inferior. Para o membro superior, 51% na região deltoidea e 21% na região axilar, logo 72% nas vizinhanças da articulação escápulo-humeral. O restante fica situado na face anterior do braço e do antebraço.

"Os lipomas das extremidades são quasi sempre encontrados nos tecidos subcutâneos, entretanto podem aparecer nos músculos, partindo dos espaços interfasciculares, bem como subperiósticos no esqueleto."

Em 1913 KUETTNER e LONDIAS declararam haver encontrado na literatura

médica 27 casos de lipomas intramusculares. Em 1932, MUELLER afirmava que os lipomas intramusculares ou melhor os interfasciculares são mais facilmente encontrados no triceps erural e no biceps braquial.

BECK pessoalmente nunca encontrou lipomas intramusculares. Segundo êle, BEHREND descreveu uma série destes lipomas. Para o mesmo autor os intra-articulares são mais frequentes que os intramusculares.

WEBB (11) cita dois casos pouco comuns de lipomas. Um destes é um lipoma intramuscular da face anterior da coxa. O autor admite que si os lipomas são frequen-

tes nos tecidos sub-cutâneos, são infrequentes nos tecidos mais profundos. Quanto aos lipomas profundos relacionados com os músculos, descreve os intramusculares e os intermusculares, os primeiros sediados na intimidade do próprio músculo, os segundos desenvolvidos entre grupos de músculos e que são por sua vez mais frequentes que os intramusculares.

Passamos assim rapidamente em revista o caso clínico em si e algumas considerações oportunas referentes ao mesmo, que julgamos de interêsse divulgar, devido à localização pouco frequente do presente lipoma.

B I B L I O G R A F I A

1. — SECCO EICHENBERG — Considerações em torno dum caso de lipoma pendulado — Medicina e Cirurgia — 1940 — N.º 2 — T. 2.
2. — CORRIGAN C. E. — The clinical diagnosis of Swellings — USA. — 1939.
3. — MAYER LEO — Tendons, Ganglia, Muscles & Fascia in Lewis' Practice of Surgery — V. 3 — USA. Prior Inc.
4. — WOOD FRANCIS C. — Tumors — in Nelson Loose-Leaf Surgery — Vol. II — USA.
5. — SECCO EICHENBERG — Trabalho citado sob número 1.
6. — MAC CALLUM W. J. — A Textbook of Pathology — Saunders — 1938.
7. — LEXER ERICH — Lehrbuch der Allgemeinen Chirurgie — T. II — Stuttgart — 1934.
8. — RECCIUS ADOLFO — Tratado de Diagnostico Quirurgico — Santiago — 1940.
9. — ROHDE CARL — Aussergewoehnliches Lipom in der Tiefe des Vorderarms — Ver. Nieder-Rheinisch-Westphaelischer Chirurgen — Düsseldorf 20.1.1934.
10. — BECK EDGAR M. — Lipoma of the extremities — Annals of Surgery — V. 104 — n.º 1 1936 — pág. 136.
11. — WEBB GEORGE — Two cases of lipoma — Amer. J. of Surgery — V. XVI — n.º 3 — 522.