

DR. SECCO EICHENBERG

Docente livre e Chefe de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de Pôrto Alegre:
catedrático Prof. Guerra Blesmann

Médico Chefe da Protetora, Companhia de Seguros
contra acidentes do Trabalho — Pôrto Alegre.

TUMORES DA MÃO

Considerações em torno dum caso de granuloma
post-traumático do tendão extensor do dedo mínimo

Separata de 'Medicina e Cirurgia'
Revista da Diretoria de Saúde Pública
de Pôrto Alegre

Ano VI — Janeiro à Abril 1944 — N. 1, Tomo 6



01-04/1944-MED-CIRURGIA-TUMORES DA
MÃO

Livraria Continente
Porto Alegre
— 1944 —

Tumores da mão

Considerações em torno dum caso de granuloma post-traumático do tendão extensor do dedo mínimo

por SECCO EICHENBERG

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

Médico-Chefe da Protectora, Companhia de Seguros contra Acidentes do Trabalho — Pôrto Alegre.

Em data de 6 de Fevereiro de 1943, apresentou-se no Ambulatório Central da Protectora, Cia. de Seguros contra Acidentes do Trabalho, nesta Capital, o seguinte acidentado:

V.A.S., com 37 anos, sexo masculino, de côr branca, de naturalidade brasileira, residente nesta Capital, de profissão torneiro-mecânico, e cujo processo de acidente recebeu o n.º D 573.

Contava, que na véspera, pouco antes das 18 horas, quando torneava uma peça metálica, em consequência de uma manobra infeliz, emprensára a mão E no torno.

Atendido de urgência pela Assistência Pública, foi-lhe feito um curativo oclusivo. Ao retirarmos êste curativo, verificamos um ferimento contuso de uns três centímetros de comprimento, e que estava localizado em sentido transversal na face posterior do punho E, próximo ao bordo cubital. Igualmente apresentava sinais de contusão do dorso da mão E. A mobilidade da mão, tanto ativa como passiva, estava íntegra.

Foi feito um curativo com Líquido de Payr, e imobilização da mão e do punho em tala. A cicatrização foi ótima e o paciente a 16 do mesmo mês, obtinha alta curado, regressando incontinentemente ao serviço.

Passados dois meses, nos voltou o acidentado, no dia 5 de Abril de 1943, queixando-se de dormência e dôr no dorso da mão E, quando fazia esforço. Esta dôr que vinha sentin-

do nos últimos dias, seguira a dormência que informava ter sentido quasi logo após a alta obtida. A dôr, êle a localizava ao nível do bordo cubital da mão, mais sôbre o 5.º metacarpiano, e mais intensa quando fechava a mão.

Ao exame clínico, verificamos que a cicatriz do ferimento ao nível do punho, se apresentava em ótimas condições. Mas no dorso da mão, próximo ao bordo cubital, situado por sôbre o 5.º metacarpiano, na altura de seu terço inferior, encontramos um pequeno tumor do tamanho de uma avelã. Tumor duro, com a pele deslisando livremente sôbre êle, mas de pouca mobilidade sôbre os planos profundos. Os movimentos de extensão e flexão do dedo mínimo (5.º dedo) imprimiam leves deslocamentos ao tumor de acôrdo com os movimentos do tendão extensor do mínimo. Êste tumor, que o paciente já observara há mais de três semanas variava de tamanho, bem como a intensidade da dôr, com o trabalho e o esforço. Ficando o paciente em repouso, diminuia de tamanho, sem entretanto desaparecer, e a dôr abrandava.

O exame cuidadoso demonstrava claramente que a dôr que o paciente sentia ao trabalho e no ato de fechar a mão, devia provir do obstáculo representado pelo acima mencionado tumor.

Esta diminuição do tumor, e também a de um certo gráu de edema circundante, foi por nós comprovada num período de observação, no qual imobilizamos a mão do pa-

ralmente até a base dos metacarpianos (epifises superiores).

KROMER ⁽⁶⁾ ao estudar a anatomia da mão, concorda plenamente com a descrição de RAUBER-JOPSCH.

Logo vemos, que em qualquer dêstes limites, a bainha tendinosa sempre termina acima da localização que tinha o tumor por nós observado e extirpado. Aliás não a encontramos no ato operatório. Outra confirmação foi o exame histo-patológico, pois o anatomopatologista não cita tecido de bainha tendinosa, e sim formação tumoral em tecido tendinoso, à *semelhança* das reações post-traumáticas que se observam em bainhas tendinosas e aponevroses.

Tumor ou formação tumoral, êle era indubitavelmente só do tendão.

Bem dizemos formação tumoral, pois o exame histo-patológico nos demonstrou que sua constituição o afasta do que a maioria dos anatomopatologistas admitem hoje como sendo um tumor. É um granuloma post-traumático do tendão, e bem sabemos que êstes processos regenerativos hiperplásicos, com ou sem células gigantes, são hoje catalogados a parte dos verdadeiros tumores. Não sendo, pois, anatomo-patologicamente um tumor, um tumor, não o deixa de ser anatomo ou clinicamente.

Interessante, será, pois, revisar a histofisiologia dos tendões, suas possíveis reações ao trauma e consequências que êste pôde nêles determinar, passando a encarar os possíveis tumores passíveis de serem encontrados nos tendões, especialmente quando livres e que poderiam formar elemento para diagnóstico diferencial.

Nos tendões protegidos pelas bainhas tendinosas, elemento seroso, não é possível distinguir perfeitamente as lesões e as reações delas decorrentes das do tendão. Elemento mais ricamente irrigado, a bainha tendinosa é séde mais frequente de processos inflamatórios e tumorais que o tendão, tanto assim, que toda a patologia dos tendões, é quasi sempre encarada como patologia das bainhas tendinosas e dela decorrente, excepção feita das lesões traumáticas *com solução de continuidade*.

LERICHE e POLICARD ^(7 e 8) afirmam que a fisiopatologia dos tendões se re-

sume "a pouca coisa", pois os tendões são elementos de constituição rudimentar, de organização a mais reduzida, e segundo os mesmos autores "*só sabem se romper e morrer*".

São elementos avasculares e sua inervação é pobre, formada de alguns corpúsculos sensitivos, mais abundantes nas proximidades das inserções. A qualidade avascular tolhe a possibilidade de uma hiperemia, pelo que em si, o tendão, não é propenso a processos inflamatórios. Êle pôde sofrer a necrose — necrose asética — com posterior formação regenerativa conjuntiva indo até depósitos calcáreos, ou a necrose, que por vizinhança, pôde tornar-se *secundariamente* sética. Ainda afirma LERICHE ⁽⁸⁾: — "Les tendons ne peuvent que se nécroser".

MAYER ⁽⁹⁾ falando sôbre os tumores dos tendões e a constituição histológica dos mesmos, afirma que sendo o tendão formado largamente por tecido conjuntivo pobre em células do mesmo só *raramente* é séde de lesões tumorais.

Os tumores são quasi 100% das bainhas tendinosas. FRANTZ ⁽¹⁰⁾ descreve o tendão normal à semelhança da aponeevrose como constituído de tecido fibroso, branco excessivamente denso. As fibras colagenas estão dispostas paralelamente, quasi sem tecido conectivo de entremeio. As células conjuntivas também chamadas "células tendinosas" são numericamente poucas e colocadas em camadas entre as fibras. Esta descrição concorda com o exposto por LERICHE, POLICARD e MAYER.

Em face dêstes dados, como pois interpretar a tumor ou a formação tumoral de nosso paciente, especialmente diante do exame histopatológico?

É nosso parecer que o trauma inicial, a compressão do dorso da mão, produziu uma contusão também do tendão do extensor do dedo mínimo, acrescida de uma compressão contra o 5.º metacarpiano.

Contusão, que não causou solução de continuidade, mas localmente e na vizinhança determinou fenômenos locais de contusão, derrames sanguíneos, edema, que em última análise levou a focos de necrose asética. Êstes focos ou um dos mesmos, no período de regeneração, com a atividade do paciente, forçando o tendão, foram séde de um proces-

so hiperregenerativo, que levou ao "tumor" ou melhor à formação tumoral encontrada.

Como já vimos pelo exame histo-patológico, verificou-se um processo semelhante a formação do tecido de granulação na cicatrização por segunda intensão, dando lugar à constituição de um verdadeiro granuloma post-traumático.

É a reação tecidual idêntica à que se processa em torno de um corpo estranho. MAC CALLUM (11) afirma que da mesma maneira, num tecido qualquer, em torno dum fóco de necrose, seja qual fôr a causa, dá-se uma reação idêntica. O fóco de necrose passa a constituir um corpo estranho.

Quizá, si no nosso caso, a evolução houvesse continuado, poderia ter-se instalado posteriormente um processo de calcificação, evitado pela extirpação do tumor.

O exame histo-patológico confirma totalmente a nossa hipótese, pois denuncia a presença de "diversos focos de inflamação crônica, proliferação do tecido conjuntivo"; zonas com estrutura "semelhante ao tendão" e outras onde há "riqueza de células fusiformes", ao lado de "pigmento pardo de origem hemática". Conclue negando caráter de malignidade e afirma que o aspecto é o de formações tumorais post-traumáticas que se encontram nas aponeuroses e nas bainhas tendinosas.

A hipótese de um processo de irritação crônica de origem nevítica, não é possível concebê-la nesta parte tão pouco inervada e vascularizada, sem o agente localizador, o trauma. Aceito êste como indispensável, a nossa hipótese etio-patogênica fica de pé, comprovada que é pelo exame histo-patológico.

Vejam os ainda as possíveis lesões que o trauma pôde acarretar aos tendões, à parte das lesões com solução de continuidade.

IRGAZABAL (12) afirma que em face da forma e localização dos tendões, são raras as contusões, dada a facilidade com que os mesmos pôdem escapar ao trauma, devido a êstes mesmos fatores. Entretanto pôdem ser atingidos e contusionados, mesmo sem lesão da pele suprajacente. Nos *tendões livres*, isto é, desprotegidos de bainha tendinosa, a cura de tais contusões é rápida e normal (cremos

que êste normal se deva interpretar como sem reliquat).

BASTOS ANSART (13) é de opinião que as contusões dos tendões não dão lugar a sintomas especiais, pelas razões já apontadas por IGARZABAL. Mais fácil é a rotura da bainha tendinosa, com a formação consecutiva de um hematoma, sendo que a cicatrização colhendo o tendão, pôde causar sérios entraves a sua mobilidade. Nos tendões livres a regra é a cura completa.

Por outra, para êstes autores, uma contusão da mão, do dorso, por exemplo, na parte dos tendões livres, em regra não deve apresentar sintomatologia extra à da contusão dos tecidos moles, e não deve permanecer qualquer reliquat disfuncional tendinoso, após a regressão dos sintomas contusionais gerais.

Logo o nosso caso estava escapando à regra.

MORITZ (14) ao tratar dos resultados da ação do trauma sôbre os tendões, cita ao lado das roturas, às vezes mais patológicas, que diretamente traumáticas, as calcificações. Estas são em última análise o desenvolvimento último do processo que levou à formação do "tumor" por nós extirpado.

LUCENA (15) diz que nas mãos e particularmente nos tendões extensores, as contusões determinam nas zonas desprotegidas de bainhas tendinosas, derrames peritendinosos que se pôdem organizar e dar posteriormente lugar a um pequeno aumento de volume do tendão, *sem importância funcional*. No nosso caso a história clínica demonstra que de acôrdo com a intensidade do trauma e a intensidade da reação dos tecidos, pôde haver às vezes perturbação funcional.

BEHAN (16) afirma que os tumores dos tendões de origem traumática ou desencadeados por trauma, são essencialmente benígnos. São usualmente encapsulados e nunca crescem muito. Desenvolvem-se lentamente e são lobulados quando de maior tamanho, duros e algumas vezes constituídos de tecido amarelado.

Cita haver DAL POZZO encontrado um fibroma num tendão, tumor fibroso com um núcleo de necrose

EWING (17) no capítulo dos tumores dos tendões, bainhas e aponeuroses, cita alguns malígnos, especialmente os xantomias,

mas somente das bainhas, e nunca dos tendões isoladamente.

PACK⁽¹⁸⁾ citando a opinião de BUXTON, se refere a que os fibromas em relação aos tendões são raros e que o diagnóstico somente poderá ser feito microscopicamente. Cita como malignos — os xantomias; e como benignos — os condromas e osteomas, nas partes juxta-articulares.

LEXER⁽¹⁹⁾ cita a tendinitis ossificans — que equipara à mesma forma de miosite e da qual observou alguns casos. HOERING e DENSOW, segundo LEXER, também encontraram esta afecção tendinosa.

NORDMANN⁽²⁰⁾ ao estudar a tendovite traumática, com a formação de nódulos fibrosos, e que podem também aparecer nos tendões livres, dando pois também uma tendinite traumática, declara que estes nódulos podem ser causados por irritação e inflamação crônica ou trauma.

CUTLER⁽²¹⁾ declara que os tumores tendinosos são primariamente da bainha e cita o sinovioma, o xantoma e o condroma. Quanto a possíveis relações com traumatismos, de-

clara que na mão, os tendões extensores são os mais expostos.

ASCHOFF⁽²²⁾ considera os tumores das bainhas tendinosas como excepcionais, não citando possibilidade de tumores tendinosos isolados.

Descreve tumores da palma da mão e da planta do pé, tumores de tecidos conjuntivo, elementos gigantes e pigmento hemático, microscopicamente muito semelhantes aos tumores mieloides dos ossos, que no entanto devem ser considerados *mais como um granuloma que um tumor genuíno*. Aliás, como já vimos, a concepção moderna é de incluir estas formações não mais nos tumores e sim nos granulomas, que consideram um grupo aparte fora dos tumores.

Cremos que esta descrição sirva também para o nosso "tumor".

Apreciamos, pois, um caso de interessante reação de tendão livre ao trauma, reação posterior, não imediata, sob a forma de um "tumor", um granuloma post-traumático, que trazia entrave sensível à função da mão, na qual estava situado.

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

- 1 — RAUBER-KOPSCH — Lehrbuch und Atlas der Anatomie des Menschen — Vol. III — Pág. 135. — 1922 — Leipzig — 12.^a edição.
- 2 — MORRIS — Human Anatomy — Págs. 453 e 468. — 1943 — U.S.A. — 10.^a edição.
- 3 — RAUBER-KOPSCH — Mesma obra citada sob n.º 1 — Pág. 148 — Fig. 114.
- 4 — TESTUT L. — Traité d'Anatomie Humaine — 1921 — Paris — 7.^a edição — Pág. 395 — Fig. 846.
- 5 — JONES, F. WOOD — The principles of anatomy as seen in the hand — Pág. 290 — 2.^a edição — 1941 — London.
- 6 — KROMER, KARL — Die verletzte Hand — Pág. 3 — 1938 — Viena.
- 7 — LERICHE & POLICARD — Physiologie pathologique Chirurgicale — Pág. 66/67 — 1930 — Paris.
- 8 — LERICHE & POLICARD — In Traité de Chirurgie Orthopédique de Mathieu — Vol. I — Pág. 868.
- 9 — MAYER LEO — Tendon, Ganglia, Muscles, Fascia in Lewi's Practice of Surgery — Vol. III — Cap. 5 — Pág. 98.
- 10 — MAC CALLUM, W. G. — A text-book of Pathology — 6.^a edição — U.S.A. — 1938.
- 11 — FRANZ, V. — Surgical Pathology in Nelson Loose Leaf Surgery — Vol. I — Cap. IV — Pág. 299.
- 12 — IGARZABAL, JOSÉ E. — Tratado de Patologia quirúrgica — Vol. I — Pág. 718 — 1942 — Baires.
- 13 — BASTOS ANSART, M. — Tratado de patologia quirúrgica general — Pág. 63/64 — 1932 — Espanha.
- 14 — MORITZ A. R. — The pathology of trauma — Pág. 374 — 1942 — USA.
- 15 — LUCENA, GUSTAVO — Tratado de Traumatologia Clínica — Trad. esp. da 1.^a ed. italiana — Pág. 136/137 — 1933 — Espanha.
- 16 — BEHAN, R. J. — Relation of trauma to new-growths — Medicolegal aspects — Pág. 198/199 — 1939 — USA.
- 17 — EWING, JAMES — Neoplastic diseases. A treatise on tumors. — Pág. 282 — 4.^a ed. — 1940 — USA.
- 18 — PACK, G. T. — Tumors of the hands and feet — Pág. 109 — 1939 — England.
- 19 — LEXER, ERICH — Lehrbuch der Allgemeinen Chirurgie — Vol. II — Pág. 150/151 — 20.^a ed.
- 20 — NORDMANN, O. — Praktikum de Chirurgie — — Pág. 255 — 4.^a ed. — Berlin — 1938.
- 21 — CUTLER Jr., C. W. — The hand, its disabilities and diseases — Pág. 6 — 1942 — USA.
- 22 — ASCHOFF, L. — Tratado de Anatomia Patológica — Pág. 273 — Vol. II — 1934 — trad. espanhola.