

2.º lugar "Prêmio Amadeu Fialho", do Centro de Estudos e Ensino do INC — 1967

ÚLCERAS ANGIODÉRMICAS E CÂNCER *

HIRAM LUCAS **

AMAURY BARBOSA ***

(*) Aprovado para apresentação no "Ninth International Cancer Congress" — Tóquio — Japão — 1966.

(**) Cirurgião do Instituto Nacional de Câncer.

(***) Chefe da Seção de Tecidos Conectivos do Instituto Nacional de Câncer.



Figura 1 — Caso n.º 1: AP “Hiperpl. epit. papilomatosa. Sinais de malignidade”.

Observar sinais clássicos de insuficiência venosa crônica”.

RESUMO

Os AA. estudam 39 (trinta e nove) casos de Úlceras Angiodérmicas malignizadas, constando de material do Instituto Nacional de Câncer no quinquênio 1960/65. Defendem a nomenclatura especial para este processo, tendo em vista estarem já perfeitamente marcados os seus fatores determinantes, alicerçados sobre o binômio insuficiência venosa crônica — componente dérmico (capillarite). Descrevem, a partir daqui, como se constitui, os fatores que influem em sua evolução, discutindo como se processa a invasão do plano ósseo. Detém-se na transformação maligna do processo, com suas características macroscópicas e as sutilezas histopatológicas.

Discutem depois a casuística apresentada, prendendo-se em especial, a dados de diagnóstico e tratamento. Por fim, referem-se à evolução dos casos, a despeito do curto espaço de tempo que transcorreu.

SUMMARY

The authors show a study made of 39 cases of Angiodermic Ulcers with malignant degeneration seen at the National Institute of Cancer from 1960-65. They call it.

Angiodermic due to the chronic venous insufficiency and the dermic factor (capillaritis) which cause the disease.

The evolution constitution of the disease and bone invasion due described. A detailed account of the malignization of the process and its gross and microscopic characteristics is given.

The cases are discussed in detail and about diagnosis, treatment and evolution.

ÚLCERAS ANGIODÉRMICAS E CANCER

I — INTRODUÇÃO :

O presente trabalho constitui uma complementação de nossa comunicação à III Jornada Brasileira de Cancerologia, RECIFE — 1963, e publicada em 1955, BARBOSA e colaborador (1).

O material fez ainda parte da apresentação de FRAGA (2) ao IV Congresso IBERO-LATINO-AMERICANO, Buenos Aires, 1963.

II — MATERIAL DE ESTUDO — Quadro número 1

Baseamo-nos em trinta e nove (39) pacientes tratados no Instituto Nacional de Câncer, entre 1960-1965, com as mais diversas procedências; sendo sete (7) originários da Santa Casa de Misericórdia da Guanabara. Todavia, todos nos chegaram obedecendo a uma orientação médica que já datava de algum tempo. Isto adquire interesse, por atestar a responsabilidade profissional na correta conduta terapêutica nestes casos.

III — CRITÉRIO DE SELEÇÃO — CONCEITOS :

O estudo dos processos ulcerosos dos membros pélvicos assume aspectos divergentes, que se iniciam na nomenclatura, atingindo seu clímax na conduta terapêutica.

Em nosso estudo selecionamos casos de ulcerações em pernas nas quais a insuficiência venosa crônica foi uma constante, participando ativamente da evolução do processo.

Assim é que conceituamos **Úlcera Angiodérmica**, ou seja: como um processo de localização característica (em geral na face ântero-interna no terço inferior da perna), com particularidades locais bem comuns de modo a não se poder dissociar, a partir de certo ponto, em seu mecanismo de formação, a existência de uma complicação vascular da pele dos problemas da estase venosa, seja isolada, seja acompanhando o cortejo do síndrome pós-flebítico.

A estes fatores principais, somam-se desordens orgânicas (cardiopatas, doenças renais, diabete, anemias, entre outras) e toda sorte de carência nutritivas.

A sinonímia é vasta, a tal ponto de dispensarmos a sua enumeração, citando apenas o critério de RABELLO (3) pelo que oferece de curioso pois, denomina tais processos de "úlceras de perna", rotulando as ulcerações causadas pela leishmaniose, tuberculose, ectima, sífilis, etc... como úlceras na perna". Creditamo-lhe o esforço em combater a multiplicidade de nomes com a qual, usualmente, todos se debatem. Entretanto, entendemos que um processo de tão alta freqüência como as Úlceras Angiodérmicas, onde os fatores constituintes estejam já perfeitamente marcados, mereça uma nomenclatura própria, diferenciando-o assim de outros processos dos membros pélvicos, como sejam as Úlceras de Marjolin ou ulcerações originadas em cicatrizes outras, entidades estas igualmente relatadas em nosso serviço, BARBOSA e colaboradores (4).

QUADRO N.º 1

Caso	Nome	Sexo	Côr	Idade
1	J.P.M. - 48.269	Masculino	Leuc.	63 anos
2	I.O. - 53.308	Feminino	Melan.	45 anos
3	J.P.L. - 53.563	Feminino	Faiod.	28 anos
4	O.A.S. - 55.861	Masculino	Melan.	58 anos
5	H.L.G. - 57.644	Masculino	Faiod.	56 anos
6	L.H. - 57.704	Masculino	Leuc.	69 anos
7	A.V.S. - 58.611	Feminino	Melan.	50 anos
8	D.M.J. - 59.611	Feminino	Leuc.	50 anos
9	M.G.C. - 61.198	Feminino	Faiod.	30 anos
10	H.M.S. - 63.250	Feminino	Leuc.	56 anos
11	C.R.L. - 64.097	Feminino	Faiod.	70 anos
12	M.J.C. - 64.267	Masculino	Melan.	77 anos
13	A.S.F. - 64.765	Feminino	Leuc.	49 anos
14	J.R.S. - 65.587	Masculino	Leuc.	63 anos
15	V.M. - 65.763	Masculino	Leuc.	72 anos
16	J.J.B. - 67.021	Feminino	Leuc.	45 anos
17	A.L.N. - 67.922	Feminino	Leuc.	38 anos
18	J.R.B. - 68.562	Masculino	Leuc.	47 anos
19	J.A.S. - 68.618	Masculino	Faiod.	46 anos
20	A.S.P. - 67.266	Feminino	Faiod.	45 anos
21	J.O. - 68.936	Feminino	Melan.	52 anos
22	O.M. - 68.364	Feminino	Faiod.	40 anos
23	F.F.C. - 70.584	Feminino	Leuc.	55 anos
24	O.G.C. - 72.299	Masculino	Leuc.	43 anos
25	A.M.C. - 72.405	Feminino	Faiod.	85 anos
26	A.A. - 73.502	Masculino	Faiod.	56 anos
27	L.R.F. - 73.542	Masculino	Leuc.	63 anos
28	J.C.C. - 73.933	Masculino	Leuc.	50 anos
29	V.L.S. - 74.989	Masculino	Melan.	50 anos
30	M.P.B. - 76.259	Feminino	Leuc.	54 anos
31	J.F. - 77.822	Masculino	Leuc.	39 anos
32	O.S.O. - 77.920	Masculino	Melan.	44 anos
33	C.S.O. - 77.555	Feminino	Leuc.	57 anos
34	J.V. - 78.498	Masculino	Leuc.	82 anos
35	M.P.R. - 79.169	Feminino	Leuc.	40 anos
36	M.P.A. - 79.720	Feminino	Leuc.	65 anos
37	J.G. - 80.327	Masculino	Melan.	60 anos
38	O.P.S. - 81.554	Feminino	Leuc.	40 anos
39	J.C.R. - 81.555	Feminino	Leuc.	43 anos

Figura 2 — (Fóra da casuística) — Anglodermite pigmentar e purpúrica.

Figura 3 — Processo cicatrizado e preparado para cirurgia de varizes.
Notar espessamento e hipocromia da pele com atrofia dos anexos.



Figura 2

Figura 3



IV — FORMAÇÃO DA ÚLCERA :

Procuraremos não mais do que esquemmatizar o que nos tem sido dado observar, ordenando assim as opiniões emitidas neste capítulo: mecanismo de formação das úlceras angiodérmicas.

Usualmente, a primeira condição a existir é o estabelecimento do edema, tendo sua origem em alteração hemodinâmica caracterizada pela insuficiência venosa, seja tal insuficiência por varizes essenciais, seja compondo o cortejo pós-flebítico (figura 1). É importante que o edema esteja intimamente ligado ao distúrbio hemodinâmico, isto porque, fenômenos edematosos causados por cardiopatia, doenças renais e mesmo linfedema, ainda que de longa duração, por si só não levam à úlcera, como bem refere HINES (5). Prevê-se, então, um componente dérmico, formando-se o vocábulo Angio-dérmico, que julgamos bem aplicado.

As alterações de pele, que podem mesmo anteceder às hemodinâmicas, são traduzidas por uma "capilarite". Tal processo inflamatório, agindo sobre os planos dérmicos de maneira intermitente, porém, progressiva, imprimiria nesta área sua marca, traduzida pelas formas: purpúrica, trombosante e necrosante. Seria constituída assim a Angiodermite pigmentar e purpúrica (figura 2).

Como conseqüência, surgiria a hipotrofia cutânea, preferencialmente assentada sobre a zona maleolar. As reações dérmicas seriam representadas pelo espessamento da pele, atrofia dos anexos e mesmo hipocromia (figura 3).

Em outros casos, a pele reagiria adquirindo coloração castanho-sépia, recoberta por "escamas", constituindo o chamado eczema varicoso (figura 4).

A interposição e evolução destas fases são bastantes ligadas aos traumatismos repetidos a que está exposto o terço distal da perna que, contra si tem o fato de, sendo área de pronunciada mobilidade, anatomicamente é pouco protegida. Recordemos ser o plano ósseo da zona maleolar recoberto por pele que desliza sobre lâmina fibrosa, que, sendo pouco nutrida, pouco protege.

Estabelecidas as modificações de textura da pele, sucedem-se, imediatamente, perturbações de diapedesis. Tais alterações, traduzidas pela passagem de elementos figura-

dos e de plasma da corrente sanguínea para os tecidos, conforme WARD, acarretam a secreção intensa que se observa em muitos destes quadros, quando na fase aguda (figura 2).

Estas vascularites periféricas progressivas levam não somente à alterações dos anexos, como ao desaparecimento de pêlos, alterações da sensibilidade e de coloração da pele, mas também, à perturbação da extremidade dos pés, como distúrbios ungueais, (figura 5). Freqüentemente, nota-se um processo de anquilose tibio-társica (figura 4).

Neste ponto, estamos a um passo da ulceração. Ainda que HINES (6) opine que mais de 40 doenças ou condições possam produzir tais úlceras, certos fatores são relacionados como importantes agentes coadjuvantes, como cardiopatias, anemias, doenças renais, diabete, obesidade, e, sobressaindo-se, as carências orgânicas (hipoproteïnemias e hipovitaminose). Tais fatos foram bem estudados por BOLGERT e colaboradores (7) que, relacionando o regime alimentar de 64 portadores de úlceras de perna, constatou uma carência, especialmente de proteínas e vitamina C, em 69,6%. Esta afirmação foi combatida por HURIEZ e colaboradores (8), que pretendem ser a hipoproteïnemia uma consequência de tais úlceras, seja pela infecção crônica, seja pela perda de albumina plasmática. Ainda que pese o estudo de HURIEZ (8) ser baseado em 2.173 casos, não se pode desprezar a carência alimentar como importante fator coadjuvante. Isto foi confirmado em nossos casos, onde o baixo nível sócio-econômico foi uma constante.

Este fator foi ainda bem referido por PENINGTON (9). No desencadear destes fenômenos pró-ulcerosos, é importante observarmos como seriam afetados os segmentos ósseos de tais zonas. As múltiplas e cíclicas agressões, sejam traumáticas, sejam inflamatórias [(HURIEZ 8), realizou Antibiogramas nos casos que estudou, concluindo pela presença de estafilococos em 3/4 dos casos e de estreptococos em 52%], agem sobre a estrutura óssea, defendendo-se esta com uma reação periostal, vulgarmente considerada como "periostite" (Fig. 6). WARD (6) empresta grande importância aos "depósitos de corpos estranhos sob forma de cálcio", como fatores que dificultam a cicatri-



Figura 4 — Caso n.º 10: 56 anos de idade. Pé equino. Eczema varicoso.

zação das úlceras. Estudando 19 casos, afirma este Autor não ser a "periostite" uma simples consequência, mas sim fator causal das úlceras, baseando-se em que reações periostais podem ser localizadas em sítios diferentes da zona ulcerada (reação do perônio, enquanto a úlcera assente-se sobre a tibia) e mais que, as referidas reações ultrapassam, em certos casos as dimensões da úlcera, inclusive envolvendo a diáfise tibial e a membrana inter-óssea. É ainda referido por WARD (6) o fato de surgirem reações periostais em zonas ainda não ulceradas. Com o processo, é vencida a barreira periostal e atingida a estrutura óssea, com o aparecimento de lesões osteolíticas (Figs. 6, 7, 8, 9, 10 e 28) e futuramente, fratura óssea (Figs. 4, 11 e 12) que pode ser total (Figs. 13 e 14).

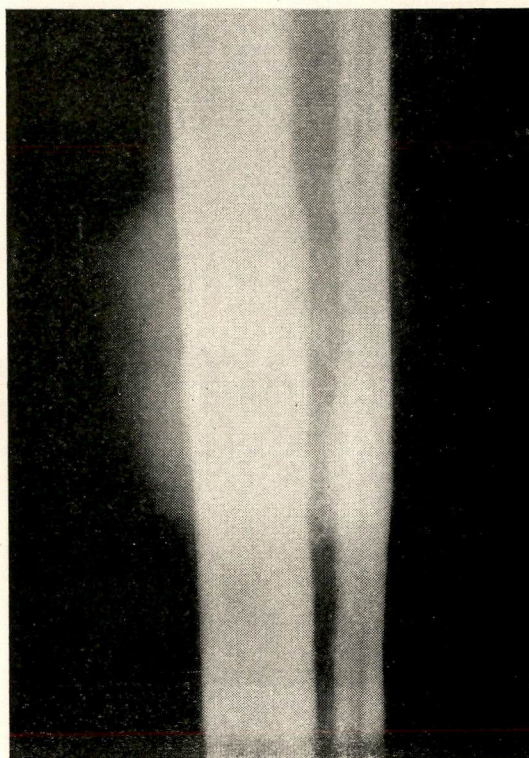


Figura 5 — Caso n.º 9: Evolução de "mais de 20 anos".

AP: "Hiperpl. epit. papil. áreas sugestivas de carnimas". Observar distúrbios ungueais.

Figura 6 — Caso n.º 12: Observar imagem de partes moles e reação do perônio ("periostite").

V — TRANSFORMAÇÃO MALÍGNA :

LEU (10) cita textualmente "cancerus degeneration of venous ulcers is frequently seen, and these are not highly malignant".

Ainda que a extensa revisão bibliográfica que procedemos mostrasse a relativa pobreza em publicações sobre esta entidade, não podemos endossar tal afirmação. De nossa casuística, 32 pacientes foram matriculados entre 1960-1964; neste período, o Instituto Nacional de Câncer, recebeu 24.788 doentes, sendo que tiveram laudo histopatológicos comprovadamente malignos 9.546 (28,5%). Dêstes 1.802 eram carcinomas de pele; concluímos, então que as úlceras angiodérmicas degeneradas atingiram 1,8%.

Em estudo realizado em 8.378 pacientes do Serviço de Dermatologia do I.A.P.I.,

Guanabara, por especial deferência de seu chefe, DR. DEMÉTRIO PERYASSÚ, coletamos 334 casos de úlceras angiodérmicas. Dêstes, em 5 pacientes, foi surpreendido carcinoma espino-celular, atingindo o índice de 1,5%.

Este quadro foi estudado, já em 1912, por GOTTHEL (11), ao relatar os 3 casos que encontrou. Minuciosa revisão realizada por KNOX (12) ao estudar dois casos do St. LUKES HOSPITAL, catalogando 59 casos até 1925.

Ao estudar 6.766 casos de câncer da pele das mais diferentes localizações, DE ASIS (13) em 1926, catalogou 29 casos de neoplasias das extremidades inferiores. TENOPYR (14) cita 12 casos de degeneração (0,6%) em 2.000 úlceras angiodérmicas estudadas na

Figura 7 — Caso n.º 9: Invasão da tibia com zonas osteolíticas. Periostite.

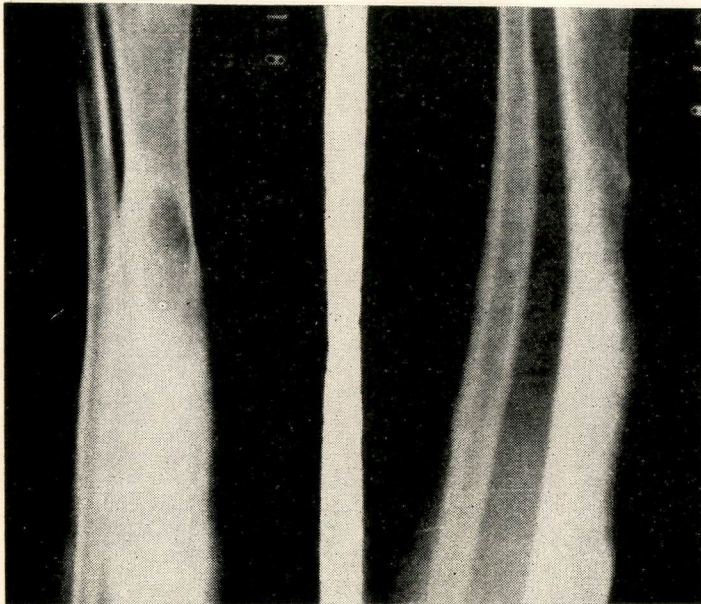


Figura 8 — Caso n.º 9: Aspecto posterior à ressecção cirúrgica ampla (inclusive plano ósseo). "Periostite" do perônio.

Figura 9 — Caso n.º 16: Evolução de 10 anos. AP.: Ca. esp. cel. difer.

Figura 8

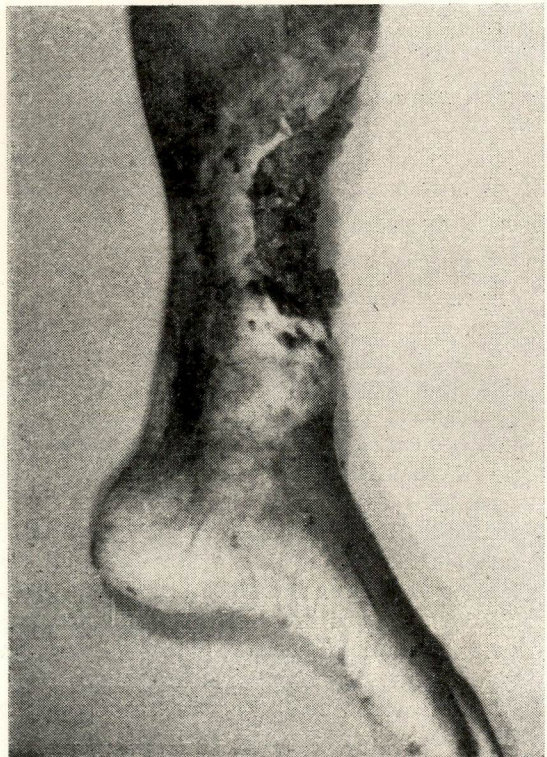
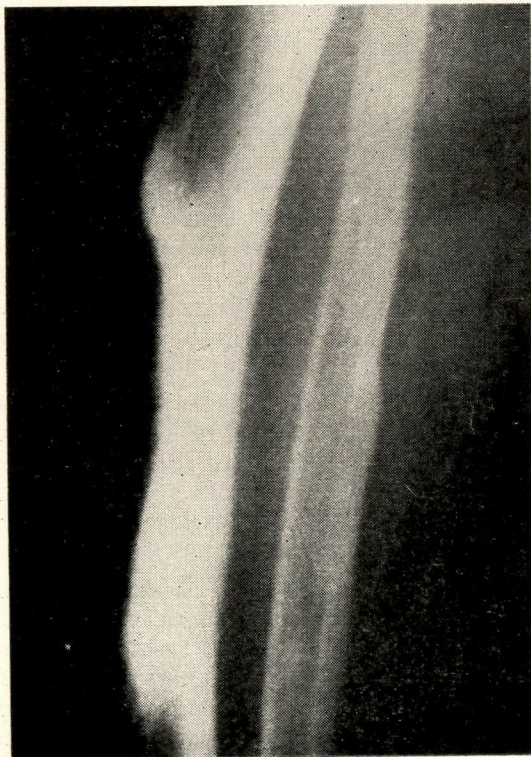
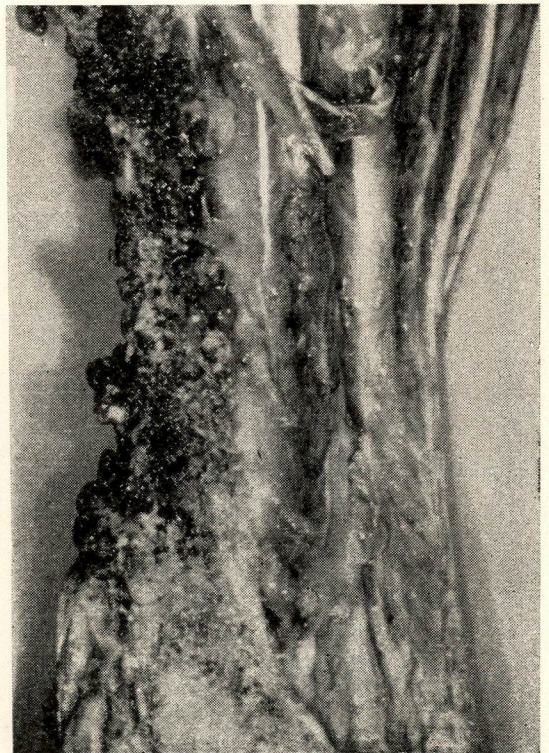
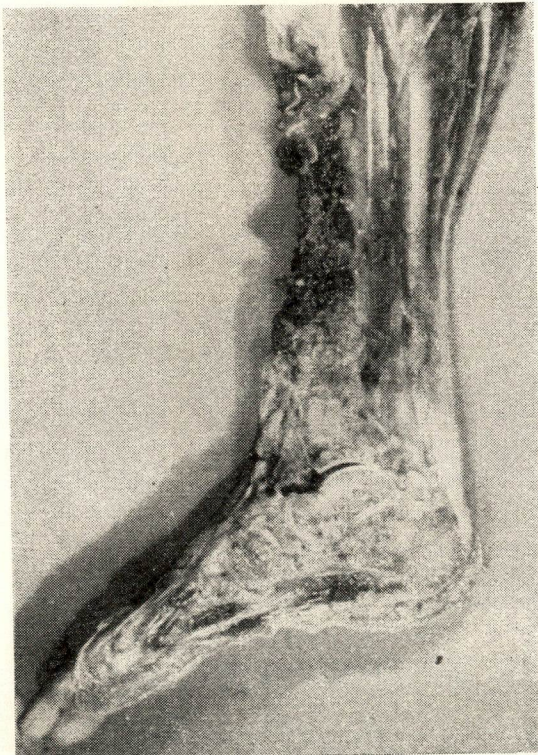
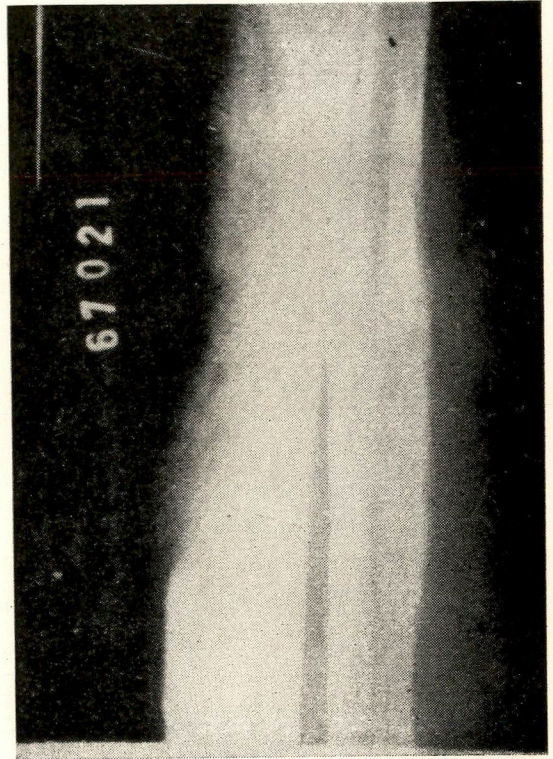


Figura 10 — Caso n.º 16: Lesões osteolíticas da tíbia e reação periosteal do perônio.

Figura 11 — Caso n.º 16: Secção longitudinal da perna.
Fratura de tíbia.

Figura 12 — Caso 16: "Close".
Observar destruição do plano ósseo e invasão de partes moles.



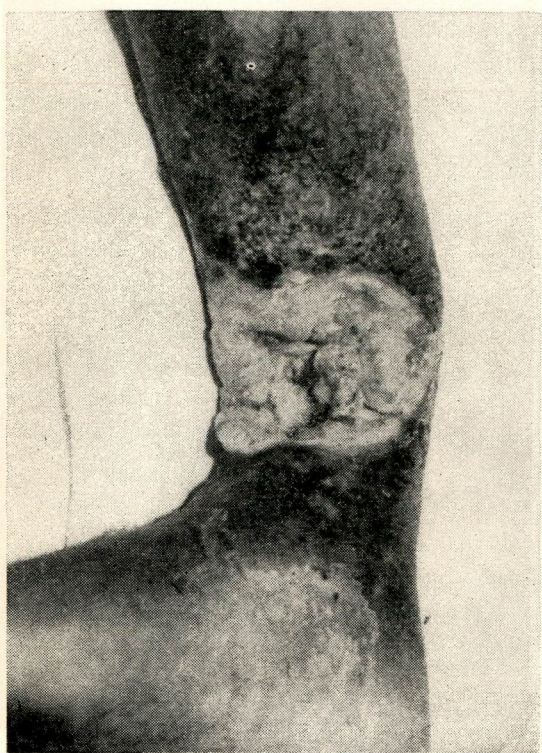


Figura 13

Figura 14

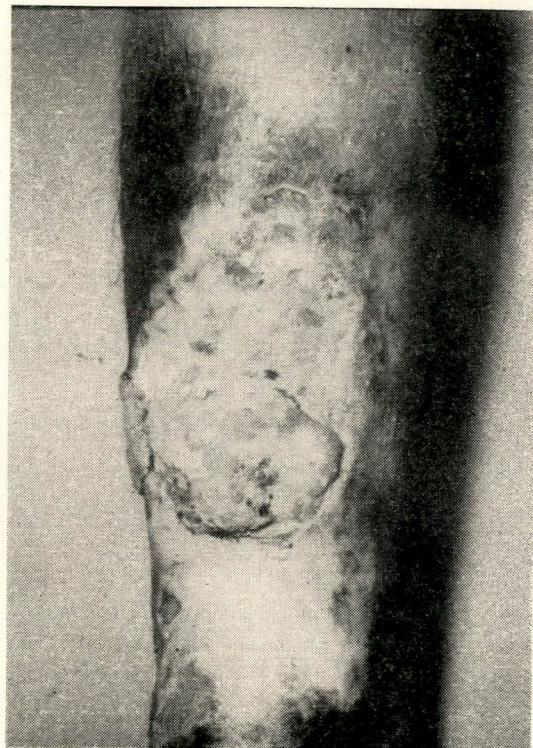


Figura 15

Figura 16

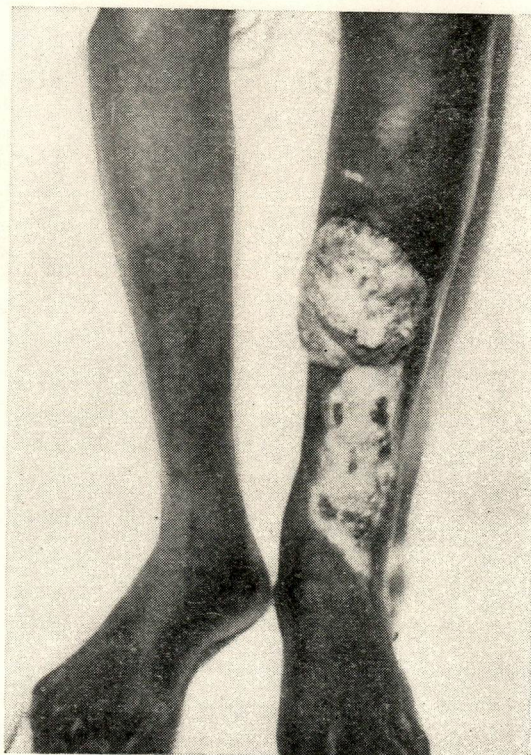
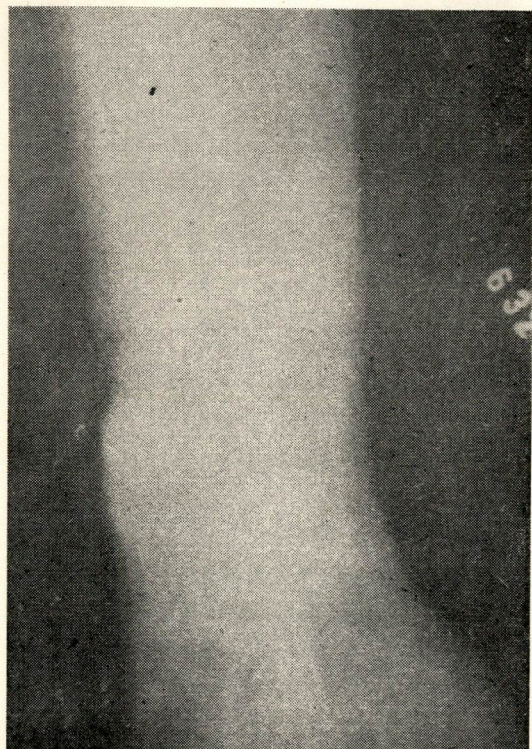




Figura 13 — Caso n.º 25: Evolução de 17 anos. AP. "Ca. esp. cel. diferenc. com invasão óssea e fratura.

Figura 14 — Caso n.º 10: Destruição 1/3 inferior tibia. Periostite perônio.

Figura 15 — (fóra de casuística). Tumoração vegetante. Notar extensão da cicatriz antiga.



Figura 16 — Caso n.º 12: Evolução de 10 anos. AP. "Ca. esp. cel. moderada/dif." Notar progressão proximal da tumoração.

Figura 17 — Caso n.º 20 "Evolução de 37 anos. AP. (3.ª biópsia): Ca. esp. cel. moderada/dif.

Figura 18 — Caso n.º 20: "Close". Observar aspecto irregular, especialmente, bordas calosas.

"THE MAYO CLINIC".

Na revisão levada a efeito por HEIDEMANN (15) foram relacionados 73 casos até 1935. Este autor cita a opinião de VON SIGG, afirmando ser de 1/1000 o índice de malignização das úlceras de perna.

MONSERRAT (16) estudou 2.634 úlceras de origem venosa no Departamento de Angiologia do Instituto Policlínico de Barcelona, encontrando somente 2 casos de degeneração maligna (0.076%).

FATORES QUE AGEM NA TRANSFORMAÇÃO MALIGNA :

Os fatores dissecados no capítulo 4 funcionam sincronicamente neste mecanismo. É reconhecida pacificamente a ação dos agentes irritativos na gênese do carcinoma de pele. Este fato, já relatado em 1912 por GOTTHEIL (11) é aceito por KNOX (12), LEU (10), HINES (6), PENINGTON (9), WARD (6), entre outros. BLOGERT (7), empresta especial atenção às más condições de higiene local nestes processos ulcerosos. REID (17) examinando os aspectos cirúrgicos das ulcerações da perna no Simpósio de Dermatologia da Austrália, em 1959, opina serem as degenerações bastante raras, admitindo, no entanto, o mecanismo formador citado.

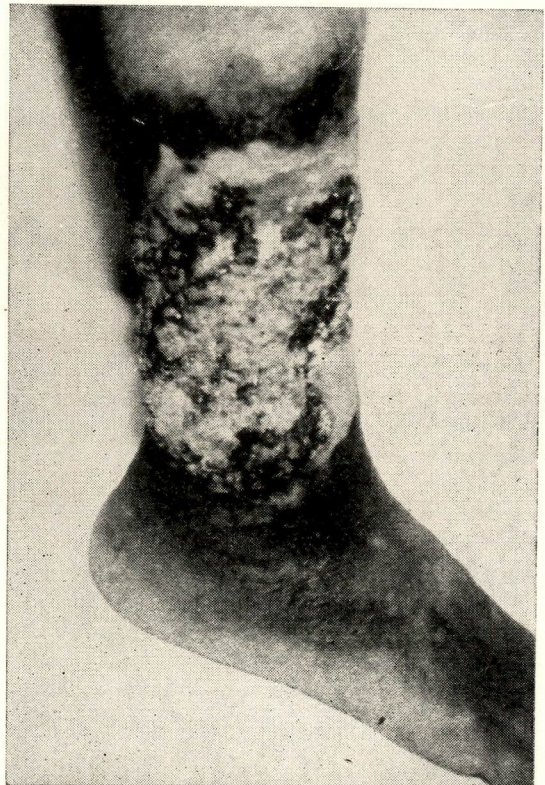
KNOX (12) chama a atenção dos agentes terapêuticos, sempre variados em número e usados em longos períodos por estes pacientes, que agiriam como "estimulantes da proliferação epitelial".

A ação conjugada de traumatismos repetidos, facilitando a penetração de microorganismos patogênicos em um processo sempre de longa duração, assentado sobre terreno "Predisposto", em determinado momento, conduziria à transformação maligna da úlcera. Clinicamente, tal situação traduz-se pela mudança de aspecto referida por todos nossos pacientes e representada freqüentemente por uma vegetação irregular (figuras 4, 15 e 16). Outras vezes surge o crescimento a partir da configuração de bordos calosos (figuras 13, 17, 18 e 19), aos quais HEIDEMANN (15) considera como importante sinal precoce de malignidade. Evidentemente, há dúvidas a esclarecer. Antes mesmo de se indagar porque tôdas as úlceras angiodérmicas de longa duração não sofrem uma transformação maligna, é importante considerarmos que muitas delas expe-

rimentam um processo de crescimento uniforme (figuras 1, 5, 21 e 22), representando, ao estudo histopatológico, o quadro de hiperplasia epitelial papilomatosa, neste permanecem por muito tempo, definitivamente mesmo, ou até que, em certa ocasião, podem apresentar, ao microscópio, atiplias celulares, que tornam o diagnóstico e a orientação terapêutica bastante complexos. Em nossos casos esta eventualidade ocorreu 10 vezes (casos números 1, 2, 9, 11, 18, 19 e 21, 27, 30 e 39). Em três casos, os de número 11, 27 e 39, os laudos histopatológicos iniciais, emitidos com o diagnóstico de hiperplasia epitelial simples, foram, em exames posteriores, substituídos por outros, afirmando a existência de indiscutível carcinoma espinocelular.

Não sabemos como explicar o momento em que ocorrem tais transformações. As teorias sobre a etiologia do câncer, infelizmente, estão aí em entrecosques constantes. Insistimos que não se podem omitir, em qualquer explicação, as condições locais, os traumatismos, os microorganismos e a longa duração dos processos ulcerosos.

Figura 19 — Caso n.º 20: antes da cirurgia.



CAPÍTULO IV: MECANISMO DE FORMAÇÃO (Esquema)

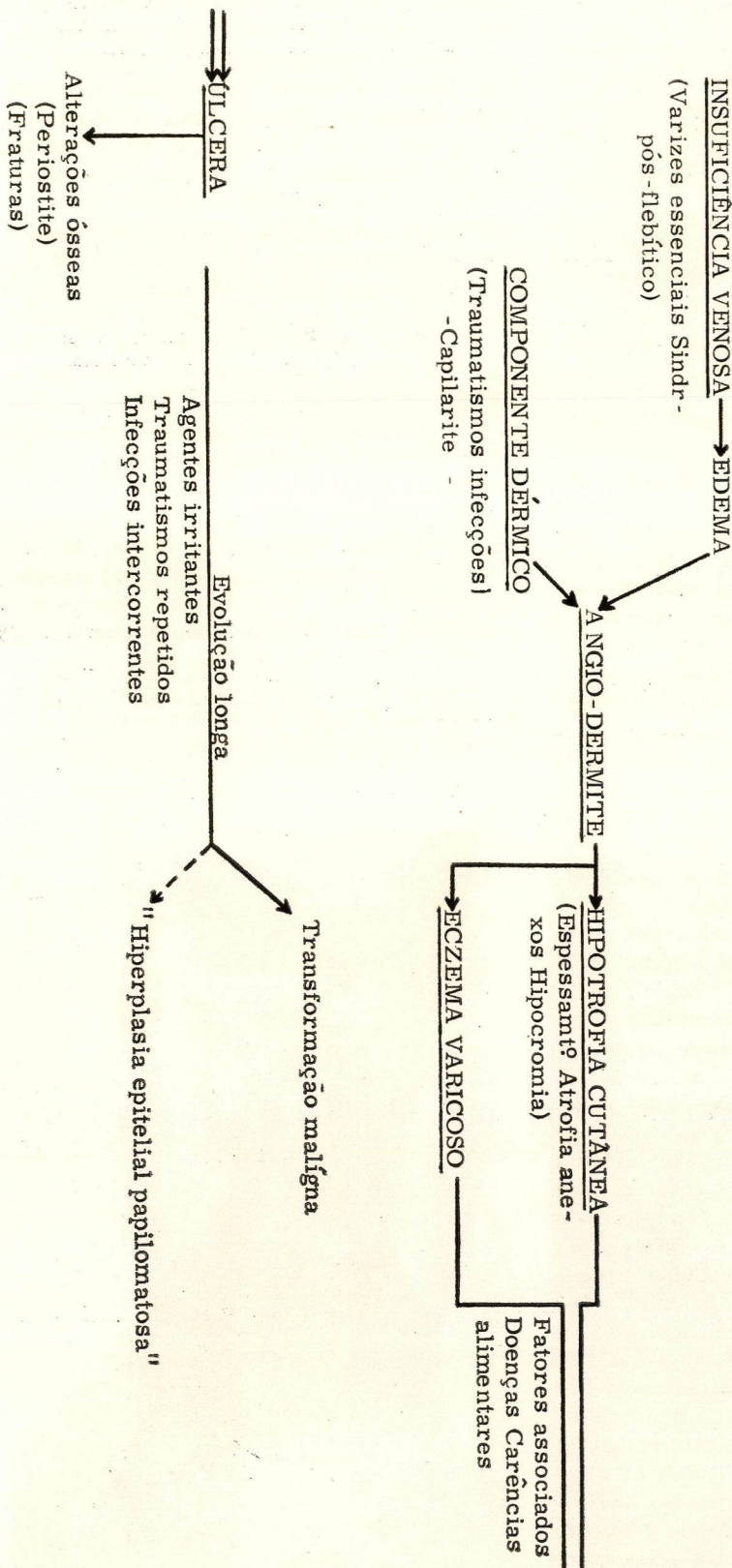




Figura 20 — Caso n.º 20: 8 meses após à 1.ª cirurgia conservadora. Foi submetida a amputação. Contrôlo atual 3 anos.

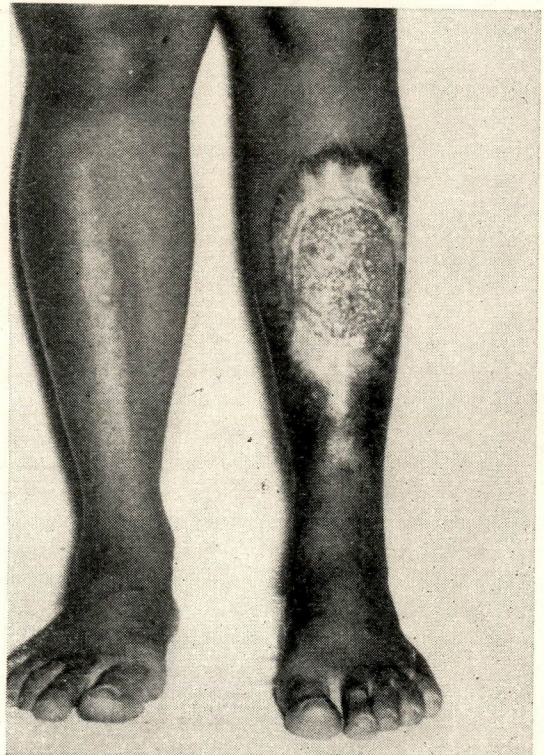
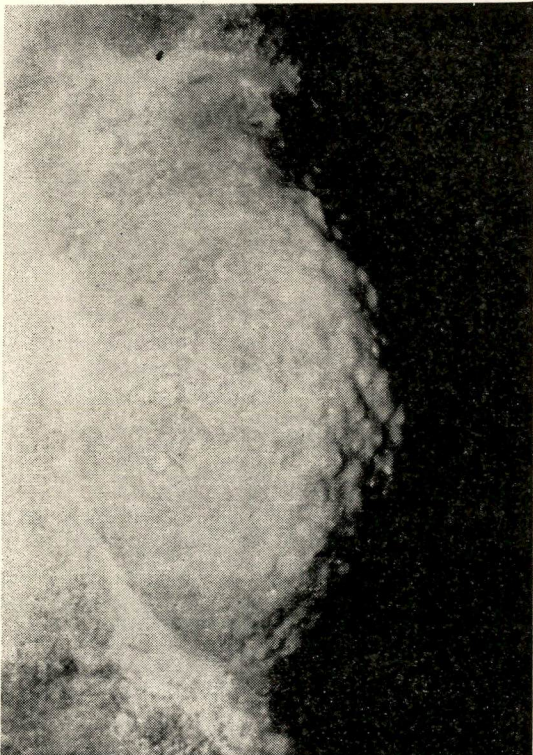
Figura 21 — Caso n.º 9: "Close" observar aspecto regular na formação tumoral.

Figura 22 — Caso 28: (fóra da casuística) AP. hiperpl. epit. papil.

Notar a extensa zona de cicatrização espontânea. Oportunidade ótima para autoplastia cutânea.

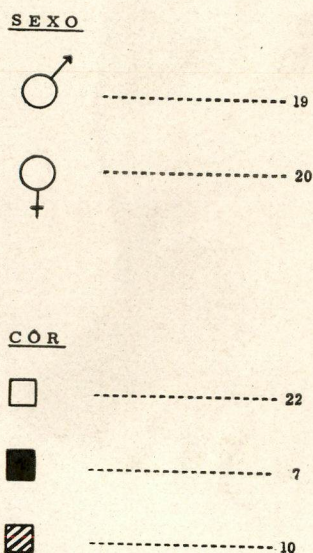
Figura 21

Figura 22





QUADRO Nº 2



VI — SOBRE OS 39 CASOS-DADOS :

(a) Sexo e côr — quadro número 2.

(b) Idade — a maior incidência ocorreu sobre a década 41-50 anos (13 casos), imediatamente após, com 9 casos, situou-se a faixa etária dos 51-60 anos. O paciente mais idoso tinha 85 anos e o de menor idade, 28 anos.

(c) Tempo de doença — quadro número 3: nos 30 casos em que foi possível colhêr este dado, vemos predomínio de mais de 30 anos de evolução. O menor tempo computado foi de 8 anos.

(d) “MUDANÇA DE ASPECTO”

Dos 28 casos em que foi relatado este importante elemento, concluímos que o tempo variou de 3 meses a “cêrca de 3 anos” (tempo máximo).

(e) DIAGNÓSTICO

Além da grande importância que adquirem os dados clínicos, é substancial a realização da biópsia. GRASSBERGER (18) pretende que a Arteriografia possa substituir a biópsia. Este autor preconiza o emprego dêste método semiológico especialmente para o contrôlê das respostas ao tratamento das úlceras pelas irradiações. Refere êle que os vasos sanguíneos, na degenera-

ção maligna das ulcerações, torna-se-iam mais tortuosos e de contôrnos irregulares. A úlcera seria alimentada por um vaso mais calibroso, surgindo, em sua periferia, numerosos vasos atípicos, como “uma cêrca”.

Realizamos biópsia em todos os casos :

Trinta e seis acusaram diagnóstico definitivo de carcinoma espino celular, 1 de hiperplasia epitelial “com áreas sugestivas de malignidade”.

Todos os pacientes estudados apresentavam, de acôrdo com o hemograma feito quando da internação, quadro de anemia.

Em 11 casos não foi possível, por motivos diversos, fazer radiografias da perna lesada. O estudo dos 28 restantes mostra : Reação periostal: 10 (figuras 6, 7, 8, 10). Lesões osteolíticas: 8 (figuras 7, 10). Osteólise + reação periostal: 5 (figuras 7, 8, 28). Fraturas: 4 (figuras 4, 11, 12, 13, 14). Anquiose túbio-társica: 1 (figura 4).

TRATAMENTO

Foi eminentemente cirúrgico (quadro número 4).

É interessante deixar claro que a cirurgia, embora pautada no laudo histopatológico e limitada pelo aspecto radiográfico, é indicada pelo aspecto da lesão e, obviamente, segundo a vivência do cirurgião.

Assim é que pudemos realizar, com bom resultado, cirurgias conservadoras em 10 casos com diagnóstico firmado em carcinoma espino-celular (figuras 23, 26 e 27). Em casos de exéreses ganglionares posteriores a amputações, julgamos aconselhável o emprego da linfangiadenografia para disciplinar a técnica cirúrgica, e que fazemos valendo-nos de modificação do método clássico (LUCAS - 19) — Quadro n.º 5.

As cirurgias conservadoras devem ser sempre completadas pela correção da insuficiência venosa crônica.

Citamos os trabalhos de GRINFELD (20), MENDEZ (21) e DEHAAN (22), sobre este aspecto do problema.

EVOLUÇÃO

Relatamos 4 (quatro) óbitos: três pela presença posterior de nódulos pulmonares metastáticos (casos 7, 22 e 31) — (figuras 24 e 25); e um por carcinomatose generalizada (caso número 17). Não podemos, pois, concordar com a opinião de LEU (10), quando afirma que tais tumores “não são altamente malignos”.



Figura 23

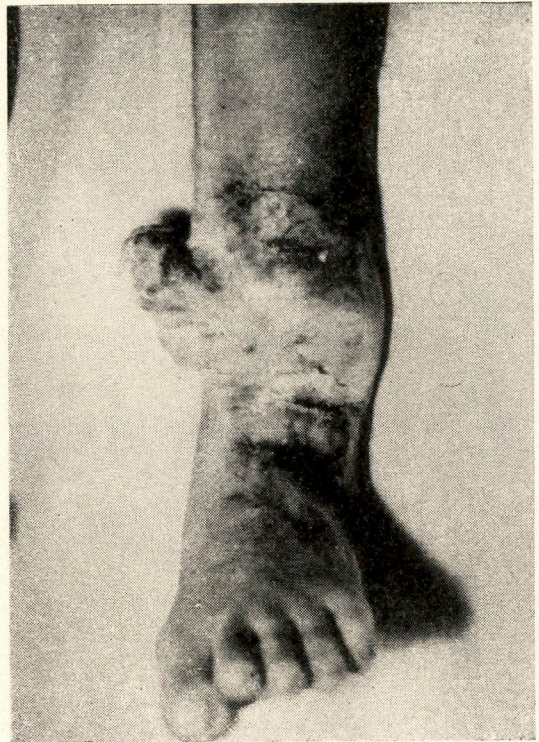


Figura 24

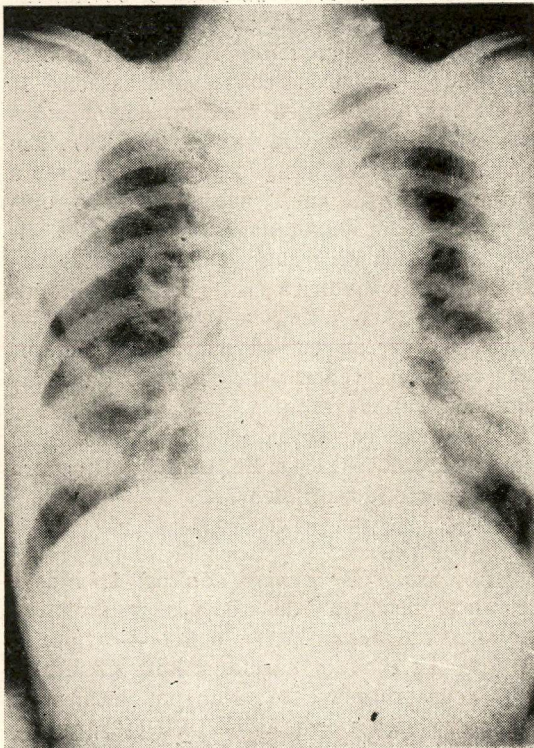


Figura 25

Figura 23 — Caso 28: Evolução de 30 anos.AP..
Ca. esp. cel. dif. Cirurgia conservadora. Con-
trôle de 16 meses.

Figura 24 — Caso n.º 22: 40 anos de idade. AP.:
Ca. esp. cel. moder. dif.

Figura 25 — Caso 22: 3 meses após amputação.
Disseminação nod. metast. em ambos os pulmões.
Óbito.

QUADRO N.º 3

Caso	Tempo de Doença	Mudança do aspecto
1	?	12 meses
2	?	336 meses
3	8 anos	?
4	30 anos	8 meses
5	20 anos	4 meses
6	?	?
7	22 anos	36 meses
8	30 anos	?
9	20 anos	3 meses
10	?	9 meses
11	30 anos	?
12	10 anos	?
13	37 anos	?
14	?	5 meses
15	22 anos	12 meses
16	10 anos	6 meses
17	31 anos	5 meses
18	8 anos	?
19	?	4 meses
20	37 anos	6 meses
21	8 anos	4 meses
22	?	3 meses
23	22 anos	8 meses
24	35 anos	?
25	17 anos	6 meses
26	39 anos	12 meses
27	8 anos	24 meses
28	30 anos	?
29	20 anos	3 meses
30	7 anos	6 meses
31	20 anos	3 meses
32	?	6 meses
33	35 anos	12 meses
34	65 anos	?
35	30 anos	12 meses
36	?	2 meses
37	30 anos	24 meses
38	30 anos	?
39	32 anos	12 meses

QUADRO N.º 4

CIRURGIAS REALIZADAS	
AMPUTAÇÕES	24
RESSECÇÕES	
AMPLAS	19
AMPLAS COM AUTOPLASTIA CUTÂNEA IMEDIATA	7
AUTOPLASTIA CUTÂNEA	10
EXERESE GANGLIONAR ILÍACO-INGUINAL	5
SAFENECTOMIAS	2
RESSECÇÃO DE RECIDIVAS EM CICATRIZES	2
OUTRAS CIRURGIAS (INCLUSIVE TORACOTOMIA)	5
TOTAL	74

- Figura 26 — Caso n.º 14: AP. "Ca. esp. cel. dif. Cirurgia conservadora.
 Figura 27 — Caso n.º 14: 4 meses após cirurgia.
 Figura 28 — Caso n.º 14: antes e após cirurgia, interessando inclusive plano ósseo.
 Notar lesões osteolíticas e periostite.



CONCLUSÕES

- 1 — A responsabilidade profissional na correta condução terapêutica desta entidade patológica, firma-se pelo fato de estarem todos os (39) trinta e nove pacientes, estudados sob tratamento médico há longo tempo.
- 2 — O período etário que prevaleceu foi a década 41-50 anos (13 casos), o que é explicado pela longa evolução que experimentam estes processos. No que se refere a sexo e cor, a rigor, nenhum dado prático se pode extrair.
- 3 — O estabelecimento de tais úlceras se baseia na existência de insuficiência venosa sobre um terreno cêrmico predisposto; esta pele sofrerá seja pelos sinais de hipotrofia cutânea (fig. 3), seja pela instalação do eczema varicoso (fig. 4). Fatores intercorrentes precipitarão o aparecimento da úlcera. Dêstes fatores, destacam-se as carências nutritivas, assinaladas em nossa estatística onde o baixo nível sócio-econômico foi uma constante.
- 4 — A úlcera em si poderá permanecer estacionária, apresentando fases de exacerbação ligadas aos agentes irritantes (medicações tópicas usadas com freqüência), aos traumatismos eventuais ou às infecções intercorrentes. O certo é que sua evolução longa é uma constante, sendo em nossos casos marcada por um predomínio superior a 30 anos. Há, portanto, suficiente tempo para uma terapêutica eficaz, que forçosamente corrigisse não só o processo ulceroso como, e principalmente, a insuficiência venosa. Isto, entretanto, não é visto na prática médica, onde estes pacientes perambulam pelos ambulatórios sem que tenham seu problema solucionado.
- 5 — A partir de certo momento, na história natural do processo, os doentes podem acusar uma mudança de aspecto da lesão. Em nossos casos, entre esta observação e virem a nosso Serviço, transcorreu um tempo que variou entre três meses a "cêrca de 3 anos". Tais transformações tanto podem marcar a malignização por configurar uma vegetação irregular (Figs. 4,

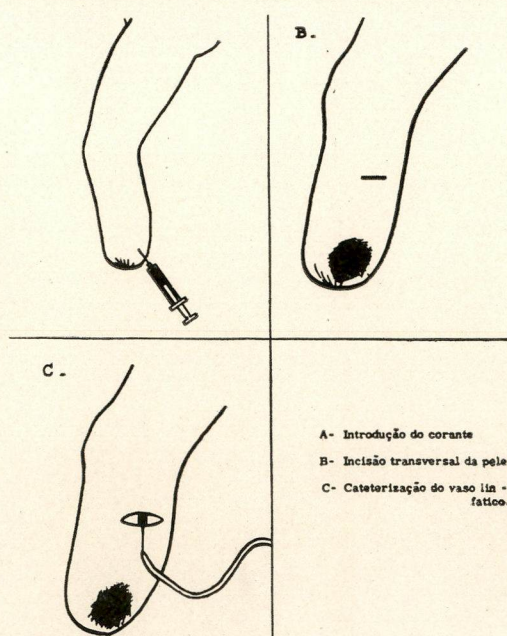


Figura 29

15, 16) ou por surgir bordas callosas (Figs. 13, 17, 18 e 19). Um número menor experimenta um crescimento uniforme (Figs. 1, 5, 21 e 22), caracterizando o quadro histopatológico da hiperplasia epitelial papilomatosa.

- 6 — O comprometimento ósseo foi notado nos 28 casos onde se fizeram estudos radiológicos. As lesões variaram entre: reação periosteal (figuras 6, 7, 8 e 10), osteólise (Figs. 7, 10), fraturas (Figs. 4, 11, 12, 13, 14) e anquilose tibio-társica (Fig. 4).
- 7 — O tratamento, eminentemente cirúrgico, em 10 (dez) casos foi conservador ainda que o laudo histopatológico fôsse firmado como Carcinoma espino celular. Isto pode ser explicado por um crescimento lateral, pouco infiltrativo, destes processos, dando inclusive limitada lesão óssea.
- 8 — A longa evolução do processo explica a predominância da faixa etária de 51-60 anos encontrada. Nenhum dado conclusivo pode ser extraído do levantamento de sexo e cor.
- 9 — Há de modo geral, um momento no qual é acusada a "mudança de aspecto" da lesão.
- 10 — A linfangiadenografia, pela variação do método clássico (LUCAS - 19), é útil para a disciplinaçãõ da técnica cirúrgica nos casos de exérese ganglionar ilíaco inguinal.
- 11 — Nos casos de cirurgia conservadora é importante a correção da insuficiência venosa crônica, o que se entende por uma relação de causa efeito. O número baixo de tais cirurgias em nossa estatística, é explicado por havermos orientado tais pacientes no sentido de procurar um serviço de cirurgia vascular periférica. Isto, evidentemente pelas próprias características do I.N.C., onde o movimento incessante das cirurgias faz com que limitemos nossa cirurgia ao câncer.
- 12 — Os 4 (quatro) óbitos (10,25%) relatados confirmam a malignidade do processo, a despeito das afirmações de LEU (10).

ÚLCERAS ANGIODÉRMICAS E CANCER**(*) BIBLIOGRAFIA**

- 1 — BARBOSA A. LUCAS H.: Úlceras de Perna e Câncer. Arquivos do Oncologia vol. VI 2:52-3, 1965.
- 2 — FRAGA S.: Úlcera de Perna. Journ. Bras. Medic. vol. VIII 9:1077-81, 1964.
- 3 — RABELLO F. E.: comunicação pessoal a FRAGA (2) — 1964.
- 4 — BARBOSA A., SANTOS SILVA M., FIALHO F., LUCAS H.: Úlceras de Cicatrização. Comunicação à II Jornada Brasileira de Cancerologia. Recife PE, Out.º 6-10-1963.
- 5 — HINES E. A. Jr.: The differential diagnosis of chronic ulcer of the leg. *Circulation* 27:989-96, May 63.
- 6 — WARD W. H.: Leg ulcers. *Australian Journ. Dermat.* 5:145-7, June 1960.
- 7 — BOLGERT M., HODARA M., PAGLIUCHI O.: (Importance de certains facteurs etiologiques trop méconnus des ulcères de jambe. *Bull. Soc. Franc. Dermat. Syphil.* 68:540-4, Aout Octobre 1961.
- 8 — HURIEZ C., DESMONS F., AGACHE P.: Les facteurs généraux au cours des ulcères de jambe d'après 2. 137 Observations. *Bull. Soc. Franc. Dermat. Syphil.* 68:327-32, Nov. Dec. 61.
- 9 — PENINGTON G. A.: Ulcers of the leg: medical aspects. *Australian Journ. Dermatol.* 5:141-4, June 60.
- 10 — LEU H. J.: Differential diagnosis of chronic leg ulcers. *Angiology* 14:288-96, Jun 63.
- 11 — GOTHEIL W. S.: Cancerous degeneration in chronic leg ulcer. *JAWA* 59:14-6, July 1912.
- 12 — KNOX L. C.: Epithelioma and the chronic varicos ulcer. *JAWA* 85:1046-50, Octb. 1925.
- 13 — DE ASIS C.: Cutaneous carcinoma of the lower extremities. *Annals of Surgery* 83:663-81, Jan. June 1926.
- 14 — TENOPYR J., SILVERMAN J.: The relation of chronic varicose ulcer to epithelioma. *Annals of Surgery* 95:754-58; Jan. 1932.
- 15 — HEIDEMANN K. J.: (Über maligne Unterchekegeschwüre Beitrag zur Differential diagnose des Ulcus crucis) *Zentralblatt Für Chirurgie* 85-Heft 38-1914-8, Sept. 60.
- 16 — MONSERRAT J.: (Varicose ulcer with neoplastic degeneration). *Angiologia* 14:190-3, Jul. August 62.
- 17 — REID S. F.: Chronic ulceration of the leg: surgical aspects. *Australian Journ. Dermat.* 5:123-40, June 60.
- 18 — GRASSBERGER A., SEYSS R.: Zur Röntgendiagnostik des maligne entarteten Ulcus crucis varicosum. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 103:1477-8, 4 August 1961.
- 19 — LUCAS H.: Linfangioadenografia — variação do método clássico. *Tribuna Médica* 312:36, 1966.
- 20 — GRINFELD D., FLORES E.: Síndrome Post Flebitico. *Angiopatas* 4:42-8, 1964.
- 21 — MENDEZ H. Q.: La Denudacion de la Perna en la Insuficiéncia Venosa. *Angiopatas* 3:197-217, 1963
- 22 — DEHAAM C. R., SAUNDERS D. E.: Sickle cell trait producing ulceration of the leg. *Plastic and Reconstr. Sugery* 31:467-71, May 63.