
CASOS CLÍNICOS

Lipoma da região palmar

DR. A. EIRAS DE ARAUJO

Cirurgião do S. N. C. (estagiário)

A raridade da localização dos lipomas na região palmar, leva-nos a publicar o seguinte caso que tivemos oportunidade de operar no Serviço Nacional de Câncer:

V. L. C., sexo feminino, 62 anos, branca, brasileira, casada, de profissão doméstica, residente em Cascata, no Estado do Rio, compareceu ao Serviço Nacional de Câncer pela primeira vez a 3 de maio de 1951, tendo sido registrada sob o número 19.171.

História da doença — Relata a paciente que há 5 anos notou o aparecimento de um pequeno nódulo na região palmar direita. Este nódulo foi aos poucos aumentando de volume, até atingir as dimensões atuais. Sempre foi indolor e por isto nunca lhe deu maior importância. Ultimamente porém, seu volume dificultava os movimentos da mão, perturbando a execução de seus afazeres domésticos. Por este motivo recorreu a um médico de sua cidade e foi por ele aconselhada a procurar o Serviço Nacional de Câncer.

Antecedentes — Hereditários e familiares — Nega casos de câncer ou de tuberculose na família.

Pessoais — Doenças próprias da infância. Menarca aos 16 anos. Ciclo 3/30, eumenorréico. Última menstruação

há 11 anos. Oito partos a termo, eutócicos. Quatro abortos espontâneos. Etilista e tabagista moderada. Nega cirurgia.

Exame geral — Paciente em mau estado de nutrição, astênica, peso 47 kg., altura 1,48 m. Fâneros normais. Mucosas visíveis regularmente coradas. Ausência de adenopatias palpáveis. Presença de algumas telangiectasias nas coxas. Eczematização no terço inferior da perna direita.

Cabeça — Olhos, ouvidos e nariz normais. Bôca desprovida de dentes na arcada superior, poucos na arcada inferior e em péssimo estado de conservação.

PESCOÇO — Tireóide aparentemente normal. Batimentos dos vasos.

TORAX — Aparelho circulatório: pressão arterial Mx 220 Mn 80. Pulso 84, ritmado, cheio. Ictus cordis no 6º espaço, linha hemi-clavicular. Clangor. Aparelho respiratório: negativo. Mamas: normais.

ABDOMEN — Batimentos da aorta abdominal. Fígado e baço impalpáveis. Meteorismo.

Exame ginecológico — negativo.

Exame local — A inspeção da região palmar direita, nota-se a existência de um tumor, ocupando sua porção



Fig. 1

mais inferior, entre o sulco digito-palmar e a prega mais inferior do côncavo da mão, prega esta que se acha ligeiramente levantada. No sentido transversal esta neoplasia se estende desde a eminência hipotenar até a raiz do segundo quirodactilo, medindo no total cerca de 7 x 4 cms. Sua espessura máxima, ao nível da raiz do quarto quirodactilo, é de cerca de 2 cms. A fotografia (fig. n.º 1) dá uma idéia melhor do que qualquer descrição que se possa fazer. Pela palpação verifica-se ser este tumor de consistência elástica, parecendo flutuante em alguns pontos, absolutamente indolor. Parece estar preso à pele e aos planos profundos da região. A mesma consistência e o mesmo aspecto notam-se na primeira falange do quarto quirodactilo que dá impressão de estar invadida pelo tumor. Há

limitação dos movimentos de flexão da mão e do quarto quirodactilo.

Com os diagnósticos interrogados de sinovioma ou condroma, foi a doente internada a fim de ser mais bem estudado o seu caso. Foram pedidos os seguintes exames:

1 — Estudo radiológico dos ossos da mão direita — “Tumor com transparência homogênea. Ossos de aspecto normal” (Dr. E. Machado).

2 — Hematimetria — 4.500.000
 Dos. hemoglobina — 90%
 Leucocitos — 6.000
 Fórmula leucocitaria - normal.
 Reação de Kahn — negativa.
 Glicemia (sangue total) — 115 mgrs. % (Folin-Wu).
 Uréia no sangue total — 45 mgrs. %
 Exame de urina — nada de importante a assinalar.

A princípio pensou-se em fazer uma punção exploradora do tumor, dada a sensação de flutuação que se tinha em alguns pontos. Não sendo porém bastante característica esta sensação, ficou resolvida a intervenção cirúrgica na qual seria feita a exérese do tumor e seu exame histológico. E assim, com o diagnóstico provável de sinovioma, foi a doente operada em 27/6/51, após preparo pré-operatório.

Operador — Dr. Eiras de Araujo.

Auxiliar — Dr. Amador Campos.

Anestesia loco-regional pelo Sinalgan (40 cc.), com excelentes resultados.

Descrição do ato operatório— Incisão transversal, com cerca de 5 cms. de comprimento e se estendendo da eminência hipotenar até a raiz do segundo quirodactilo, feita sobre a porção

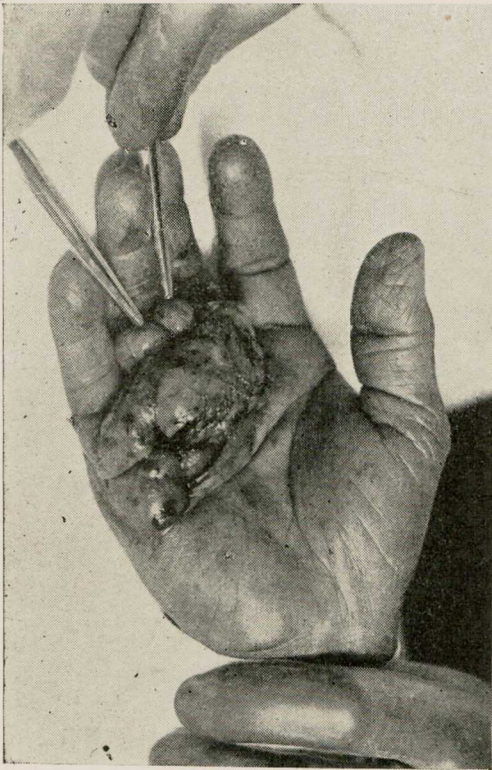


Fig. 2 — Fotografia tomada durante o ato operatório, mostrando os prolongamentos que o tumor emitia para os quirodactilos

mais saliente do tumor. Logo depois de incisada a pele, o tecido conjuntivo sub-cutâneo e a aponevrose palmar superficial, fez hernia pela ferida operatória um tecido gorduroso, encapsulado, característico dos lipomas. Com um bom afastamento e o auxílio de uma tesoura romba foi o tumor, que ocupava toda a loja média da mão, cuidadosamente isolado dos planos vizinhos, inclusive dos prolongamentos que emitia para as bases dos quirodactilos, principalmente dos terceiro e quarto e para o canal do carpo. Alguns filetes nervosos, bem como os tendões flexores que estavam aderentes em alguns pontos ao tumor, foram cuidadosamente dissecados e inteiramente poupados. O lipoma

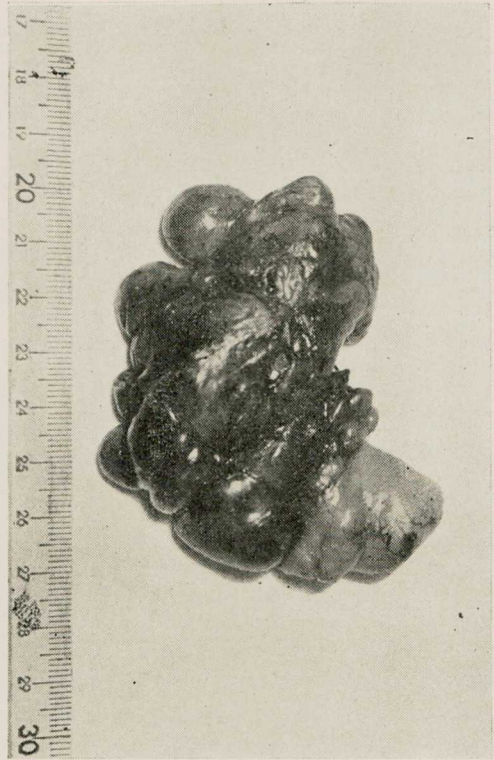


Fig. 3 — Fotografia da peça operatória.

foi assim extirpado numa só peça, como se poderá ver pelas fotografias das figuras 2 e 3. Drenagem com crina de Florença no ângulo interno da ferida operatória. Fechamento da pele com pontos separados de seda, tipo Donatti. Imobilização com gesso, em extensão.

Pós-operatório — Sem incidentes. A 29/6 foi retirado o dreno. A 2/7, retiramos o gesso e a 5 os pontos, tendo a ferida cicatrizado por primeira intenção. Alta em boas condições. Revista 16 dias mais tarde, antes de viajar para a sua cidade, nada mais apresentava.

Exame histo-patológico — “Lipoma” — (Prof F. Fialho).

Os lipomas da região palmar são extremamente raros, principalmente atingindo o volume verificado em nosso caso. O que leva quase sempre ao erro diagnóstico é a falsa sensação de flu-

tuação verificada. No estudo de nossa doente, diversas hipóteses diagnósticas foram aventadas, mas ninguém lembrou a possibilidade de se tratar de um lipoma. Consultando os clássicos encontramos: "Os lipomas têm sua séde quase sempre na face palmar, mas em alguns casos atravessam os espaços intermetacarpianos e vêm fazer saliência no dorso da mão. Simulando algumas vezes uma sinovite tuberculosa das bainhas eles se estendem para os dedos do lado proximal, nunca passam do ligamento anular do carpo, o que os diferencia das tenosinovites tuberculosas" (F. de Quervain — *Traité de Diagnostic Chirurgical — Tumores da mão*).

"... e eu quero insistir sobre os lipomas, os lipomas palmares, sub-aponevróticos, moles, quase flutuantes e que podem dar confusão com uma sinovite ou com um abscesso frio" (F. Lejars — *Exploration Clinique et Diagnostic Chirurgical*).

"Os lipomas são raros nas mãos e nos dedos e os caracteres que apresentam tornam seu diagnóstico difícil pela sua situação sub-aponevrótica. Em

geral são encapsulados e bem circunscritos. Podem entretanto, se difundir, sem nunca passar além do ligamento anular do carpo... Eles podem ser confundidos com os cistos sinoviais do punho e com a sinovite serosa ou de grãos riziformes. Sabe-se, com efeito, que a falsa flutuação é um dos principais apapnágios dos lipomas..." (Duplay, Rochard, Desmoulin, Stern — *Diagnostic Chirurgical*).

"Os lipomas... dão à palpação uma impressão de flutuação. São menos frequentes nas mãos do que em qualquer outra parte do corpo. O diagnóstico é feito ao se encontrar no tecido sub-cutâneo um tumor móvel lobulado, mole, pseudo-flutuante. Depois de se ter examinado e palpado um tumor destes, é fácil o diagnóstico nos casos subsequentes" (D. Hart, in Dean Lewis *Practice of Surgery*).

Achamos interessante publicar este caso acompanhado de sua documentação fotográfica, pela sua raridade e pelas dificuldades diagnósticas que apresentou.

