

NEUROMAS DA MUCOSA DO APÊNDICE

JOÃO MONTENEGRO

Biologista chefe do Instituto Adolfo Lutz

Desde 1921 Masson vem publicando seus estudos sobre o que chamou neuromas do apêndice. Extremamente interessantes do ponto de vista histo-patológico ganharam ainda em importância quando Masson, Rössle e outros lhes atribuíram significado clínico.

ORIGEM DOS NEUROMAS DA MUCOSA DO APÊNDICE

Existe na lâmina própria da mucosa do apêndice um delicadíssimo e irregular retículo fibrilar argentafim que sendo, do lado da muscular da mucosa, continuo com o plexo de Meissner, do qual parece ser oriundo, termina na base das células epiteliais da mucosa e suas criptas.

Em condições ainda mal definidas mas que parecem ligadas aos influxos inflamatórios do órgão em apreço, dá-se uma hiperplasia irregular desse retículo com alongamento das fibrilas e formação de neuromas difusos ou esféricos, enovelados ou ainda alongados, penduliformes, situados, geralmente, no espaço que medeia entre as criptas de Lieberkühn (*Fig. 1*).

Masson, quasi simultaneamente com Maresch, atribuiu, em 1921, às ulcerações da mucosa, a formação desses neuromas, pela analogia que apresentam aos neuromas de amputação dos nervos espinhais; mas, o primeiro desses autores, prontamente repudiou essa hipótese por lhe parecer inverossimil, substituindo-a pela de uma possível neurocrinia.

Outro retículo nervoso existe ainda, provavelmente de origem entodérmica, aventa Masson, que, não se impregnando de prata quando tratado pelos métodos em voga, cora-se bem pelo tricrômico desse autor. Este retículo é mais copioso e se entrelaça com o primeiro; nos seus interstícios encontram-se, esparsamente, células cromo-argentafins de um ou mais tipos, isoladas ou em pequenos grupos que, segundo Masson, são emigradas do fundo das criptas

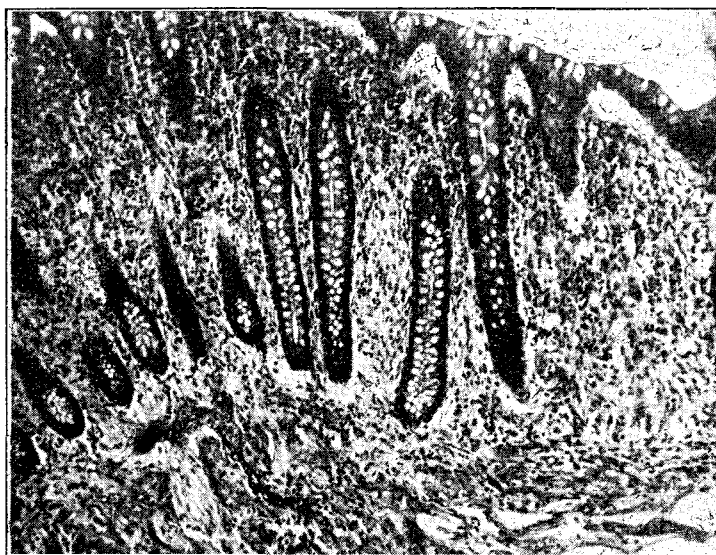


FIG. 1

Entre duas criptas há um neuroma penduliforme. Hipergeneses nervosa junto e ao longo da muscular da mucosa. Ficha: C 871.
One bigger neuroma between two crypts of Lieberkühn. Nervous hypergenesis in the bottom of the mucosa close to the muscularis mucosae.

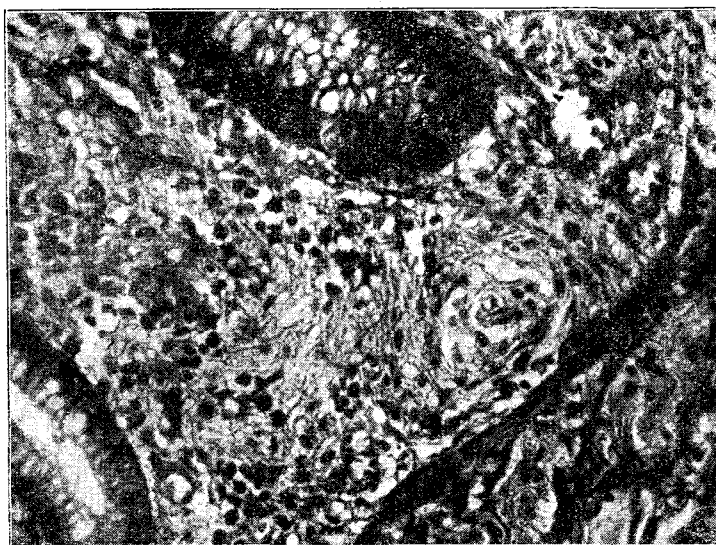


FIG. 2

Entre o fundo das duas criptas e a muscular da mucosa vêm-se dois neuromas enovelados. Ficha: C. 81.
Two whorled neuromata between the tips of two crypts of Lieberkühn and the muscularis mucosae.

de Lieberkühn e adquirem a qualidade cromo-argentafim após a emigração. Os neuromas formados por esse retículo (*Fig. 2*), diz Masson, encerram sempre células argentafins e se localizam entre a muscular da mucose e o fundo das criptas de Lieberkühn. É esse o tipo de neuroma comumente encontrado nas apendicites obliterantes e classificado por Schweizer como neurinoma (Schwannoma) (*Fig. 3*).

SIGNIFICADO CLÍNICO DOS NEUROMAS DA MUCOSA DO APÊNDICE

Masson, Maresch, Rössle e outros responsabilizam os ditos neuromas do apêndice pela sintomatologia de certos casos diagnosticados clinicamente como apendicite crônica em cujos apêndices patológicos há neuromas mas não reação inflamatória. Aschoff endossa essa teoria mas Porgis nega, indiretamente, qualquer manifestação clínica decorrente dessas estruturas.

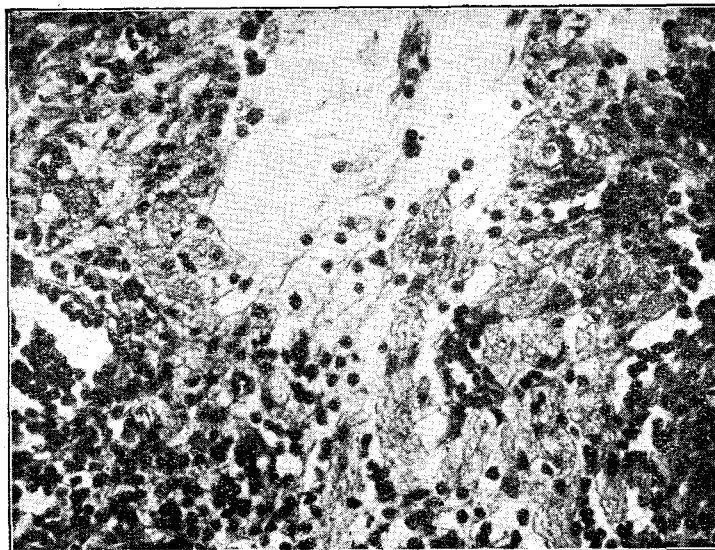


FIG. 3

Neuromas cordoniformes, anastomosantes, no centro de apendicite obliterante.

Ficha: C 596.

Anastomosing cylindrical neuromata in the center of obliterating appendicitis.

A importância dessa controvérsia sobreleva-se, neste momento, em face da crescente legião de pessoas que padecem de dores no quadrante inferior direito do abdomen em consequência de uma patologia mal definida.

O conjunto constituído pelo diagnóstico de apendicite crônica, apendicectomia e cura, tão comum outrora, desnorteou os anátomo-patologistas que, não encontrando processos inflamatórios bem definidos, em muitos desses apêndices, incriminaram exageradamente as pequenas alterações patológicas que encontravam, tais como fibrose e hialinose da submucosa; hiperplasias dos tipos linfático, neuro-muscular e nervosa com formação de neuromas; supostas erosões da mucosa etc.. Chegou-se mesmo a forçar um pouco o conceito de inflamação "crônica" do apêndice, como assinala Brites, para conciliar os resultados clínicos e anátomo-patológicos.

Mas, nestes últimos anos, a observação feita por Guillaume em 1924, de que alguns dos casos operados com o diagnóstico de apendicite crônica continuam com os mesmos sintomas, não só foi confirmada como ultrapassada ao ponto de haver hoje quem classifique de rara e até mesmo quem negue a apendicite crônica, porque a percentagem de verdadeiras curas, nos operados com esse diagnóstico, é pequena, como demonstraram Alvarez e outros. Passou-se então precipitadamente de um extremo ao outro por dois motivos: Observação falha no primeiro caso e insuficiência de diagnóstico no segundo.

A observação falha resulta de dados colhidos muito precocemente após a operação e, mais comumente devido às inexatas informações do paciente, decorrentes de sua mentalidade, da influência das condições mesológicas em seu psiquismo, dos caprichos da moléstia, etc..

Sobre a insuficiência de diagnóstico é preciso, preliminarmente, salientar que a moléstia que mais frequentemente conduz à apendicite crônica comumente diagnosticada afeta, em regra, apêndice e ceco simultaneamente. E como a sintomatologia da apendicite crônica geralmente se confunde com a da tiflite crônica (preferimos dizer colite porque outras partes do colon são, geralmente, afetadas, no correr do tempo), podendo mesmo coexistir, compreende-se que em muitos casos, embora o apêndice esteja inflamado e ativamente participando da sintomatologia dolorosa do quadrante inferior direito do abdomen sua extirpação não elimina a sintomatologia porque ela continua a emanar da tiflite crônica. Trata-se portanto de casos de apendicite crônica e, geralmente, colite crônica concomitantes. Só o exame histo-patológico dos apêndices pode confirmar sua co-participação porque raramente ele se denuncia macroscopicamente. Como os focos inflamatórios encontrados são,

geralmente, milimétricos torna-se necessário examinar grande número de blocos de cada apêndice para surpreender suas lesões.

Expurgando-se as falhas de observação dos casos há muito tempo operados com o diagnóstico de apendicite crônica, verifica-se que pequena percentagem dos pacientes realmente se curam. Destes, a grande maioria, tinha processos inflamatórios bem caracterizados e mais ou menos extensos no apêndice enquanto nos poucos restantes deste grupo havia apenas processos degenerativos, cicatriciais, hiperplásticos ou neoplásticos. Podemos portanto, talvez admitir a possibilidade desses processos cicatriciais, hiperplásticos ou neoplásticos, entre os quais incluímos os neuromas, produzirem, em circunstâncias muito especiais, fenômenos dolorosos na região ceco apendicular, quiçá por embaraço das funções cinéticas do apêndice e mais provavelmente quando por seus volumes produzam estenose na luz apendicular.

Dos 45 apêndices que operamos com o diagnóstico de apendicite crônica, nos quais foi feita a coloração tricolor de Masson por Da. Ana Faraco e Da. Ursula Fróes, encontramos os chamados neuromas em 9. Destes enfermos, um se diz curado, 5 não curados e três sem informações. No apêndice do que se curou havia, na muscular e submucosa um pequeno foco com infiltração leucocitária. Os que não se curaram são portadores de colite crônica, moléstia essa que já devia existir na ocasião da apendicectomia, pois dois deles tinham apendicite obliterante que, a nosso ver é, em pessoas jovens, um índice muito sugestivo de colite crônica concomitante.

CONCLUSÕES

1. Em 20% dos nossos operados com o diagnóstico clínico de apendicite crônica, encontramos os chamados neuromas da mucosa do apêndice.

2. As causas que determinam as pequenas e repetidas inflamações do apêndice, conduzindo ao diagnóstico clínico de apendicite crônica afetam, quasi sempre simultaneamente, o ceco produzindo, portanto, tiflite (colite) concomitante. São provavelmente os influxos dessas pequenas inflamações que, geralmente, condicionam a hipergênese nervosa e formação dos chamados neuromas da mucosa do apêndice.

3. Apenas um dos apendicectomizados, portador de neuroma da mucosa do apêndice, se diz curado mas esse tinha um pequeno foco de infiltração leucocitária na muscular e submucosa do apêndice. Os que não sararam têm colite crônica. Como a sintomatologia de apendicite crônica e a de tífite (colite) crônica geralmente se superpõem torna-se praticamente impossível determinar com exatidão o papel desempenhado pelos neuromas da mucosa do apêndice na sintomatologia dolorosa do quadrante inferior direito do abdomen. Quer nos parecer que, se esse papel existe, só muito excepcionalmente tem significado clínico.

SUMMARY

A general survey was made of the so-called neuromata of the appendix mucosa and the works of Masson, Maresch and Rössle were mainly focussed.

The A. accepts the hypothesis that the nervous hyperplasia that give rise to the so-called neuromata possibly results from inflammation stimuli but these structures are not amputation neuromata.

Regarding the clinical meaning of such structures the A. calls attention to the difficulty in establishing the facts. The wrong conclusions come to a certain extent from a too short follow-up postoperative period but mainly from the unreliable informations of the patients whether conscious or, more commonly, subconsciously. The great cure percentages formerly reported after operations for chronic appendicitis were, in the past, highly exaggerated and, on such false basis, wrong conclusions were drawn regarding the value of the minor pathological findings of the appendicis. Even Masson may have been partially misled. Of course one may admit that, very exceptionally, these so-called neuromata of the mucosa may be so numerous and bulky as to cause stenosis of the appendix lumen and give rise to disease curable by appendectomy; but that is nothing compared to the enormous number of cases operated on for chronic appendicitis in whose appendicis there were neuromata, with or without active inflammation, but which did not obtain cure because a chronic typhlo-colitis and not amputation neuromata of the cut basis of the appendix was at the bottom of the disease.

The A. reports 45 cases operated on by him with the diagnosis of chronic appendicitis. The histological sections of the appen-

dicis were stained by the trichromic method of Masson and some by silver impregnation.

In nine of the above mentioned appendicis there were found the so-called neuromata. One patient was cured, but, in his appendix there was also a focus infiltrated with leucocytes situated in the muscular coats and extending down to the submucosa, occupying an area of about one millimeter. Five of the patients were not relieved of their symptoms and they have now a chronic inespecific colitis which they probably had concomittantly with the appendicitis, from the begining, for two of them had obliterating appendicitis which the A. regards as sugestive of chronic colitis when met with in young people.

Since the symptomatology of chronic appendicitis is as a rule equal to that of chronic typhlitis (colitis) and since these two affections often coexist it is impossible in such cases to assign the roles played by the appendix lesions even when such organ is extirpated.

Various types of these so-called neuromata described by Masson are illustrated.

BIBLIOGRAFIA

- MASSON, P. — 1928, *The Amer. Jour. of Pathol.*, vol. 4, p. 181;
 1930, *The Amer. Jour. of Pathol.*, vol. 6, p. 217;
 1921, *Comptes Rend. de l'Acad. des Sc.*, vol. 173, p. 262.
- MARESCH, R. — 1921, *Wien Klin. Wochenschrift*, vol. 34, p. 181.
- RÖSSLE, R. — 1930, *Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir.*, vol. 42, p. 143.
- ASCHOFF, L. 1934, *Tratado de Anatomia Patol.*, Barcelona.
- SCHWEIZER, P. — 1922, *Schweizer Med. Wochenschr.*, vol. 3, p. 1202.
- Brites, G. — 1940, *Folia Anat. Univ. Coimbr. Coimbr. Univ.*, vol. 15.
- ALVAREZ, W. C. — 1940, *The Jour. Amer. Med. Ass.*, vol. 114, n.º 14.
- FORGIS, O. — *Doenças do Intestino*, 2.ª Edição — S. Paulo.
- GUILLAUME, A. C. — 1924, *Les Colotyphites et le Syndrome de la Fosse Iliaque Droite*, Paris.