

# Cisticercose ocular simulando retinoblastoma

Maristela Amaral Palazzi<sup>1</sup>; Milton Prudente<sup>2</sup>; Leda Maria B. Saba<sup>3</sup>; Célia B. Gianotti Antoneli<sup>4</sup>; Clélia Maria Erwenne<sup>5</sup>

## INTRODUÇÃO

Cisticercose é a infecção helmíntica ocular mais comum no homem. É causada pela ingestão de cistos (*Cysticercus celulosae*), da *Taenia solium*. É encontrada principalmente nos países com baixo nível de saúde pública, sendo que no Brasil, a região mais afetada é a Centro-Sul. A incidência é maior no sexo masculino, com idade de aparecimento dos 5 aos 40 anos<sup>2</sup>. Apresentamos um caso de cisticercose ocular, cujo aspecto clínico simula um retinoblastoma.

## DESCRIÇÃO DO CASO

1. B.R., masculino, 5 anos, encaminhado ao serviço de oftalmologia do Hospital A.C. Camargo — Fundação Antonio Prudente, com história de brilho e dificuldade visual em olho esquerdo, observado pelos familiares há 15 dias. Acuidade visual 1,0 em OD e má projeção luminosa em OE. Exame ocular externo: OD:N.D.N.; OE: Leucocoria, discreto enftalmo, hiperemia conjuntival (+). C.A. sem anormalidades; O.E.: Lesão branco amarelada tomando toda retina; que se encontra sobrelevada e deslocada, turvação vítrea (+++); H.D.: Retinoblastoma, D. Coats. indicada enucleação de OE, realizada em 17/04/85.

## EXAME ANÁTOMO PATOLÓGICO

**Macroscopia:** Globo ocular medindo 2,4 x 2,4 cm, sem lesões externas aparentes, com coto de nervo óptico de 2 mm, e apresentando as seguintes anormalidades: câmara vítrea totalmente ocupada por massa branca de aspecto gelatinoso tracionando toda retina desde a ora serrata. Descolamento total da retina. Junto ao polo posterior observou-se área nodular de consistência dura, com 7mm de diâmetro, cor amarelada e aspecto finalmente granuloso, espessamento coroidal (Fig. 1).

**Microscopio:** Cortes histológicos do globo ocular mostrando intensa reação inflama-



Fig. 1 — Macroscopia do globo ocular mostrando descolamento total da retina; opacidade vítrea e nódulo junto ao polo posterior.

tória granulomatosa na câmara vítrea em torno de um parasita parcialmente degenerado, conservando apenas sua forma e vestígios do escólex, o que permite sua identificação como *Cysticercus celulosae*.

O quadro inflamatório exhibe predomínio de histiócitos mononucleados com escassas células gigantes de tipo corpo estranho e grande número de eosinófilos. A retina em contato com o parasita apresenta necrose supurativa. Ausência de alterações histopatológicas significativas na câmara anterior (Fig. 2).

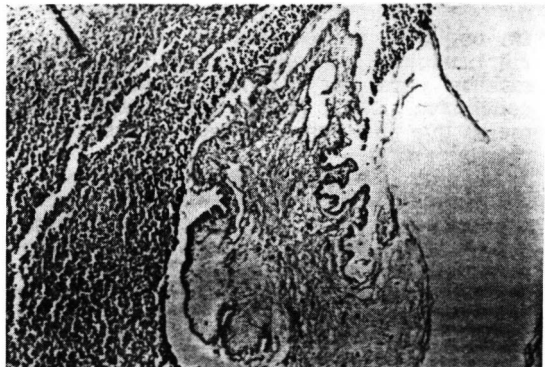


Fig. 2 — Corte histológico evidenciando cisticercose e reação inflamatória adjacente.

<sup>1</sup> Estagiária do Serviço de Oftalmologia do Hospital A. C. Camargo, Estagiária do Setor de Plástica Ocular do Serviço de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina. Ex-Residente de Oftalmologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí.

<sup>2</sup> Ex-Residente de Pediatria do Hospital A. C. Camargo.

<sup>3</sup> Titular do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital A. C. Camargo

<sup>4</sup> Titular do Serviço de Pediatria do Hospital A. C. Camargo.

<sup>5</sup> Titular do Serviço de Oftalmologia do Hospital A. C. Camargo.

## DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO: Cisticercose ocular

Proseguiu-se investigação clínico laboratorial de comprometimento extra-ocular de cisticercose, nada tendo sido encontrado (protoparasitológico, líquido, etc).

## DISCUSSÃO

O comprometimento ocular na cisticercose pode ser uni ou bilateral, e cada olho pode ser parasitado por um ou mais cistos<sup>1</sup>. O cisticercos alcança o globo ocular através da artéria central da retina ou das artérias ciliares, localizando-se por ordem de frequência em: vítreo, espaço sub-retiniano, sub-hialóideo, intra-retiniano, sub-conjuntival, câmara anterior e sub-cutâneo palpebral<sup>1</sup>. O cisticercos pode permanecer viável no olho por meses ou anos<sup>7</sup>. Uma vez no vítreo, se íntegro, pode ser tolerado por vários meses com pouca reação inflamatória.

As manifestações clínicas dependem da localização do parasita e da reação inflamatória, determinando: baixa acuidade visual, desconforto ocular, percepção de corpos flutuantes, injeção ciliar, precipitados ceráticos, células em câmara anterior, tyndall, células vítreas (uveíte, corioretinite necrosante). A evolução natural do processo é para a opacificação dos meios e desorganização intra-ocular acarretando a perda da visão e a do próprio globo ocular<sup>18</sup>.

No presente caso, face às condições sócio econômicas do paciente, suspeita clínica e impossibilidade de recuperação da visão, optou-se pela enucleação terapêutica. A terapêutica complementar para confirmação clínica do diagnóstico de retinoblastoma (angiofluoresceinografia, ultrassonografia ocular e paracentese da câmara anterior), não foi indicada. A lesão era muito extensa para um diagnóstico angiográfico conclusivo. Não havia opacificação dos meios que justificasse a necessidade da ultrassonografia.

A paracentese da câmara anterior não é realizada de rotina em nosso serviço na terapêutica do retinoblastoma, por possibilitar disseminação extra-ocular de células tumorais, pelo pertuito da agulha. Pode fornecer dados de diagnóstico diferencial, pela dosagem da desidrogenase láctica no humor aquoso, que está sempre aumentada em relação ao plasma quando há necrose intra-ocular (tumores ou uveítes), ou pela citologia que pode evidenciar células neoplásicas (tumores), ou eosinófilos (parasitoses). No

caso, apenas a presença de eusíntofilia poderia sugerir patologia não tumoral.

A macroscopia do olho enucleado revelou lesão intra-ocular de aspecto bastante semelhante ao observado no retinoblastoma, chamando a atenção apenas a presença de nódulo intra-vítreo duro, sem a friabilidade característica do tumor. Somente a microscopia comprovou a presença do cisticercos, com grande reação inflamatória da úvea e vítreo.

Pelo apresentado, a cisticercose ocular inclui-se entre as patologias pertinentes ao diagnóstico diferencial do retinoblastoma em nosso meio.

## RESUMO

É apresentado caso de menino de cinco anos, com história e quadro clínico ocular típico de retinoblastoma, e que após enucleação, teve diagnóstico anátomo-patológico confirmado de cisticercose ocular.

Os autores chamam atenção para a necessidade de incluir esta patologia entre os diagnósticos diferenciais do retinoblastoma, principalmente nos países de baixo nível de saúde pública.

## SUMMARY

The authors present a case of a 5 years old boy with a history and typical clinical feature of retinoblastoma. After enucleation, the anatomopathological diagnosis was ocular cysticercosis.

The authors emphasize the necessity of including this pathology, among the differential diagnosis of retinoblastoma; mainly in countries with a deficient public health.

## BIBLIOGRAFIA

1. ALMEIDA, A. A. & OLIVEIRA, J. E. B. — Cisticercose ocular. Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo, 43: 1-8, 1971.
2. LIMA, A. L. H.; BELFORT, R. Jr.; NÓBREGA, M. J. & LEWINSKI, R. — Moléstias Infecciosas Oculares. In: Oftalmologia e Clínica Médica. Eds.: Belfort, R. Jr.; Bonomo, P. P. São Paulo, Roca, 1983, Págs. 48-50.
3. BONOMO, P. P.; BELFORT, R. Jr.; IMAMURA, P. M. & MFLLO, P. A. A. — Photocoagulation and immunosuppressor in treatment of subretinean cysticercosis. Arq. Bras. Oft. 38: 2-12, 1975.
4. FRIEDMAN, A. H.; POKORNY, K. S.; SUMAN, J.; RITCH, R. & ZINN, K. M. — Electron microscopic observations of intravitreal cysticercus cellulosae. Ophthalmological, 180: 267-273, 1980.
5. GUILLORY, S. L. & ZINN, K. M. — Intravitreal cysticercus cellulosae: ultrasonographic and fluorescein angiographic features. Bull. N.Y. Acad. Med. 56: 655-661, 1980.
6. LECH, J. Jr. — Cisticercose ocular. Arq. Inst. Penido Burnier, 8: 13-64, 1949.
7. MESSNER, K. N. & KAMMERER, W. S. — Intraocular cysticercosis. Arch. Ophthalmol. 97: (6), 1103-1105, 1970.
8. REY, L. — Problemas de saúde pública: Cisticercose humana. Revista Roche, 18: 231-236, 1958.
9. VERONESI, R. & NETO SPINA FRANÇA, A. — Cisticercose. In: Doenças infecciosas e parasitárias. eds. Veronesi, R.; Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1976, Págs. 853-856.