

CISTO DA CÂMARA ANTERIOR

DR. JOÃO CARLOS CELESTE (*) e DR. AFFONSO KRUG (**) — São Paulo

De acôrdo com DUKE-ELDER, a classificação etiológica dos cistos da iris nem sempre é possível porque na maioria das vezes não se pode precisar a causa, excetuando-se os casos de cistos traumáticos e parasitários.

Sob êsse critério classificou-os sob o ponto de vista clinico em:

- 1 — Cistos congênitos.
- 2 — Cistos parasitários.
- 3 — Cistos de implantação traumática e cirúrgica.
- 4 — Cistos exsudativos e degenerativos.
- 5 — Cistos espontâneos ou idiopáticos.

Encontramos na literatura um grande número de casos descritos. Em 1830 MACKENZIE (10), descreveu um detalhadamente; outros casos ainda foram registrados em 1852 por WHARTON JONES (13), V. GRAEFE 1857 (12), HULKE 1869 (7), e ROTHMUND 1871 (11), descreveu um caso elucidando a patologia do mesmo. Estudou este autor 36 casos dos quais 28 consequentes a ferimentos perfurantes, dois que se seguiram a operação de catarata, 3 devido a inclusão de um cílio, estabelecendo a teoria da transplantação mecânica, de elementos epiteliais da superfície para dentro do olho. Estes cistos podem também ser produzidos experimentalmente em condições diversas, introduzindo-se na câmara anterior de animais, corpos extranhos, pele, membranas, mucosas ou cabelos. Toda espécie de ferimento ocular penetrante pode construir uma causa etiológica.

Particularmente ferimentos acidentais, perfurantes com instrumentos de aço, vidro, etc., como a introdução de corpos extranhos, podem veicular as células epiteliais que darão os cistos intra oculares. Porém, na literatura registram-se casos em que houve tolerância de elementos extranhos por parte do globo, sem aparecimento de cistos, durante longo tempo, entre nós, J. CELESTE (9), B. MATTOS (2), e A. G. SILVA (1).

E' de grande importância em se tratando de cistos espontâneos, realizarmos anamnese cuidadosa, pois um pequeno traumatismo no glo-

(*) Médico auxiliar do Hospital das Clínicas da Fac. de Med. da Univ. de São Paulo.

(**) Anátomo-patologista do Serviço Oftalmológico do Prof. Ciro Rezende.

ho ocular pode ser a causa e sòmente a presença de um corpo extranho no ôlho poderá provar o contrário.

Os cistos de implantação formam-se após os traumatismos, pela transplantação de elementos epiteliais da córnea ou da conjuntiva isoladamente ou pelo crescimento ativo do epitélio ao longo da ferida perforante.

No que diz a respeito aos cistos serosos, deve-se ter em conta que a grande maioria dos cistos enquadram-se nêste grupo. São vistos geralmente após os ferimentos penetrantes da córnea e após os atos cirúrgicos. Os que se originam após os ferimentos, localizam-se geralmente perto do limbo. Apresentam geralmente uma parede fina, podendo ser uni ou multilobulares e muitas vezes têm uma forma irregular. A luz difusa, dependendo da quantidade de tecidos da iris residual que o cobre, podem ter uma forma característica de uma “pérola negra”, que BERLINER (3), denomina de cisto perlaceo, achando o termo mais preciso nêste caso, do que nos cistos epidermoides. Em alguns casos a forma do cisto pode ser dissimulada pela presença de linhas brancas na superfície e o remanecente do trabeculado iriano estendido. Nêstes casos, pode-se ver na maioria das vezes, que na periferia do cisto, estas fibras são pigmentadas (nas iris escuras), e penetram no estroma da iris, de onde derivam.

Estes cistos que na maior parte das vezes partem da periferia, crescem concentricamente; porém como em direção à câmara anterior a resistência é menor, logo fazem saliência para frente, e comumente cobrem total ou parcialmente a abertura pupilar.

Alguns casos foram examinados histologicamente, verificando-se que o cisto se prendia à capsula anterior do cristalino.

PARSON (6), descreveu um caso no qual o cisto formou-se na câmara posterior do ôlho.

Nos cistos epiteliais da câmara anterior, especialmente aquêles que se seguem à operação de catarata, (como o caso presente), o epitélio cobre a superfície iriana, formando a parede posterior do cisto.

Ao exame na L. F. no sitio da ferida operatória, pode revelar vasos passando da espessura da córnea ou do limbo à parede do cisto. O cisto cresce no ângulo da câmara anterior por cima da iris. A parede de cisto é menos brilhante do que o estroma da córnea, aparecendo escura em comparação com a opalescência cinza do tecido corneano.

Sintomatologia: — Nos casos de cistos no estroma, o cisto pode parar de crescer e permanecer inalterado por um periodo longo. Casos excepcionais podem mesmo regredir e desaparecer (FEHR — 1902, FRUCHTE — 1906, WOLFRUN — 1914 (6) (cistos traumáticos).

Durante o crescimento 3 estadios ocorrem:

1.^o *periodo*, no qual não há sintoma de distúrbio ocular ou perturbação da visão.

2.^o *periodo*, desenvolve-se uma irido-ciclite (cistos traumáticos).

3.^o *periodo*, elevação da tensão, visão comprometida e dôr, obrigando à intervenção cirúrgica.

É de grande importância estabelecer precocemente o diagnóstico de um cisto intra ocular afim de se orientar o tratamento, quando ainda é pequeno, mormente se observamos o seu crescimento, pois se não interferirmos a tempo, seu crescimento poderá destruir a visão.

Diagnóstico: — Nem sempre é facil de se diagnosticar; em alguns casos deve-se proceder a uma anamnese meticulosa, no que se refere aos traumatismos, ao tempo de permanência do cisto, e se foi notado o aumento de volume. No exame clinico deve-se observar a formação dos vasos, o pigmento e sobretudo a transperência (transiluminação ou foco da L. F.).

Devemos recordar que, o cisto pode causar uma iridociclite, e no caso de cisto do estroma, as inflamações nodulares terão que ser diferenciadas. O diagnóstico diferencial mais importante, é em relação aos tumores, e esta dificuldade aumenta consideravelmente, quando se trata de cisto da câmara posterior. O número de casos na literatura, de cistos tomados por tumores por observadores experimentados é grande (5).

Muitas vezes deve-se lançar mão de iridectomia, se o cisto for passivel de excisão para diagnóstico microscópico. *Tratamento:* — O processo de eleição é a retirada completa do cisto numa iridectomia. Isto dará resultado especialmente nos cistos pequenos, os de facil acesso, e nos casos em que não haja infiltração dos tecidos.

Nos casos que não se obtem as condições ideais deve-se removê-lo, mais completamente possivel, através de uma abertura ampla da córnea, completando-se com a irradiação. O post-operatório é variavel, já tendo sido registrados sucessos operatórios com a simples retirada, por intermédio de pinça (BUTLER 1921) (5).

Outros processos de tratamento consistem em aspirar o cisto e injetar a cavidade com iodine (SCHULER 1911, AYER — 1932) (12), ou lavar a cavidade com ácido fenico (WRIGHT — 1925) (15). Ainda pode-se puncionar o cisto com uma agulha eletrolitica ou diatérmica e destruí-lo (ILLARD e DEJEAN 1933) (8).

OBSERVAÇÃO CLÍNICA

A. B. S. de 63 anos de idade, do sexo feminino, apresentou-se ao Ambulatório de Clínica Oftalmológica do H. C., em 26-10-48, sendo fichada a observação sob o n.º 117.581. Foi feito diagnóstico de OD-catarata senil madura, em OE-catarata incipiente, permitindo visão de 6-10 sem correção neste olho. No dia 17-11-48, foi realizada a intervenção cirúrgica em OD, que decorreu sem acidentes, tendo sido extraído o cristalino dentro da cápsula, por intermédio da pinça de Arruga.

No dia 11-1-49 a vista operada estava completamente calma. Decorridos 6 meses, volta à consulta, tendo-se constatado 2 pequenos pontos escuros, constituídos pela iris, na vizinhança do limbo as 11 e 1 hora, os quais não se modificaram, com o uso de pilocarpina em pomada. No dia 30-3-50, como esses pontos tivessem tendência para aumentar, foram cauterizados e recobertos pela conjuntiva bulbar.

Após 1 ano dessa última intervenção, voltou à consulta em 10-3-51, com fortes dores em OD, tendo-se constatado edema da córnea, congestão periquerática, e uma formação de forma globosa na câmara anterior na metade superior. (Fig. 1).

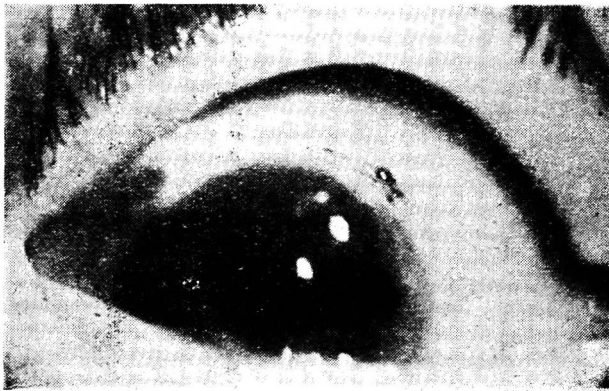


Fig. 1 — Cisto na câmara anterior.

Feita a medida tonométrica, constatou-se uma elevação da tensão em OD para 48 e 26 para OE.

Ao exame à lâmpada de fenda verificamos edema da córnea, e uma estrutura globosa entre a face posterior da córnea e a íris, constituída por uma membrana fina, translúcida e de coloração castanha, mais clara, da tonalidade da íris. Observando-se o limbo as 12 horas, pudemos verificar que aí se prendia, não podendo se focalizar a base da inserção, pois escondia-se atrás do limbo. O crescimento, já havia expandido lateralmente, alcançando a face anterior do cisto, quase a parede posterior da córnea na área central, pois nas porções mais periféricas do quadrante superior já se colocara em contato.

Não se registrou ao exame na L. F. sinais inflamatórios endoculares. Não foram também observados vasos na parede do cisto.

Como estávamos de posse, da história clínica da paciente, fácil foi diagnosticar como sendo um cisto seroso da câmara anterior post-operatório, possivelmente tendo seguido à cauterização das 2 hernias de íris.

Como já houvesse sinais de aumento da tensão ocular, opinamos pela intervenção cirúrgica imediata. Submetida a nova intervenção em OD, procedeu-se à abertura da câmara anterior com lança, na região do limbo, aumentando-se com tesoura, foi feita ampla iridectomia, e sutura córnea escleral. (Fig. 2).

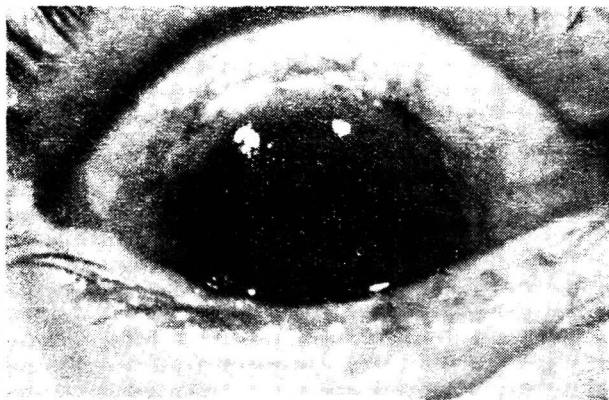


Fig. 2 — Após extirpação do cisto. 17.º dia da operação.

O fragmento retirado foi enviado ao anátomo-patologista, que ao exame microscópico, veio confirmar a natureza cística do processo.

RELATÓRIO ANATOMO PATOLÓGICO

Cortes histológicos corados pela Hematoxilina e Eosina nos mostram, em meio de um estroma frouxo, rico em células conjuntivais, algumas pigmentadas outras sem pigmento, fibrilas e vasos sanguíneos, uma formação constituída por epitélio pavimentoso estratificado e que assume a fôrma de uma elipse quasi totalmente fechada. Este epitélio em alguns pontos é constituído por 2 camadas de células enquanto que em outros o número de camadas é bem maior.

Devemos assinalar a presença, em alguns pontos, deste epitélio, de numerosas células caliciformes em tudo semelhantes às do epitélio da conjuntiva bulbar.

Limitando externamente a quasi totalidade da preparação vemos uma camada de células muito pigmentadas não permitindo que se perceba nitidamente os contornos celulares.

Diagnóstico: — Cisto da câmara anterior.

R E S U M O

Os autores relatam um caso de cisto da câmara anterior, aparecendo em seguida a cauterização de duas pequenas hérnias da íris post-operatória.

No fim de 1 ano, os sintomas eram de tal ordem que obrigaram a paciente buscar auxílio médico. Feita a remoção cirúrgica, a tensão ocular normalizou-se, assim permanecendo até a data da presente publicação (2½ ano).

O exame anátomo-patológico, revelou tratar-se de um tecido epitelial estratificado, lembrando a conjuntiva bulbar.

S U M M A R Y

The authors report a case of postoperative cyst of the anterior chamber which followed a cauterization of two small prolapses of the iris.

A year after this cauterization the symptoms were such as to make the patient call for medical assistance.

The cyst was then removed, and the tension of eye turned normal, remaining so until publication of the present work (a two years and half ago).

A histological examination showed a stratified epithelial tissue that remained the bulbar conjunctiva.

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

1. BERLINER, M. L. — *Biomicroscopy of the eye*. Ed. Paul B. Hoeber Inc. New York. Vol. I. — 1943.
2. BROWNLIE e MEANE — Citado por Duke Elder (5).
3. BUTLER — Citado por Duke Elder (5).
4. CELESTE, J. C. — 1950 — *Sobre um caso de Cílio na câmara anterior*.
5. DUKE ELDER — 1945 — *Text Book of ophthalmology*. Ed. Mosby Co. St. Louis. Vol. 3.
6. GOMES DA SILVA, A. — 1948 — *Considerações sobre 1 caso de cílio na Câmara Anterior*. Arq. Bras. Oft. 11(5):153-15.
7. HULTE — Citado por Duke Elder (5).
8. ILLARD e DEJEAU — Citado por Duke Elder (5).
9. LAEFE, V. — Citado por Duke Elder (5).
10. MATTOS, B. — 1943 — *Um cílio 20 anos na Câmara Anterior*. Arq. Bras. Oft. 2:38-39.
11. MACKENZIE — Citado por Duke Elder (5).
12. REESE, B. A. — 1951 — *Tumors of the Eye*. Ed. Paulo B. Hoeber. New York.
13. ROTHMUND — Citado por Duke Elder (5).
14. SCHOLAR, A. — Citado por Duke Elder (5).
15. SCHUMACHER, S. e MARIENFRID — 1942 — *Compendio de Histologia Humana*. 2.ª ed. espanhola. Ed. Labor S/A. Madrid.
16. SOMMERS, I. G. — 1949 — *Histology and Histopathology of the Eye and its Adnexa*. Ed. Grune & Stratton. New York.
17. WRIGHT — Citado por Duke Elder (5).
18. WOLFF, E. — *A Pathology of the Eye*. 2.ª Ed. H. K. Lewis. Co. London.