

# TUBERCULOSE ISOLADA DE LOCALIZAÇÃO PALPEBRAL \*

Apresentação de um caso.

Dr. Francisco Komatsu \*\*, Dr. José Annicchino \*\*, Dr. Celso Rubens Vieira e Silva \*\*\*  
Dr. Marcelo Tullio Tricca \*\*\*\*

## I — INTRODUÇÃO E LITERATURA

Os autores apresentam o relato de um caso de tuberculose isolada de pálpebra para acrescentar à literatura mais um registro desta eventualidade rara. Casos semelhantes ao do presente trabalho, com nódulos subcutâneos de pálpebra e com presença histológica de bacilo álcool-ácido-resistente, foram descritos por Jandolt (1906), Rollet (1906), Schopfer (1928), Gallenga (1930) e Sengupta (1956).

Os tecidos oculares e orbitários são localizações raras para as infecções tuberculosas. A tuberculose orbitária pode se estabelecer de duas formas: primariamente na região orbitária ou, secundariamente, quer como tuberculose orgânica isolada, quer por extensão direta dos tecidos vizinhos (como sinus paranasais, glândula e saco lacrimal, nervo óptico e globo ocular). A tuberculose palpebral primária é muito rara e aparece em indivíduos não infectados anteriormente e, portanto, sem imunidade ao bacilo. Na pele palpebral ocorre inflamação úlcero-necrótica com envolvimento de linfonodos regionais e presença de BAAR. Às vezes pode ocorrer tuberculose conjuntival primária com infecção palpebral secundária.

O envolvimento secundário da órbita na tuberculose ocorre, em geral, por contiguidade ou continuidade com estruturas vizinhas acometidas. O aparelho lacrimal é sítio raro de tuberculose (Plift, 1905, e Abadie, 1881).

Outra forma de acometimento tido como secundário é o da tuberculose orgânica isolada. Acredita-se que durante a primoinfecção ocorra disseminação hematogênica, com distribuição de focos contaminantes por diversos órgãos. Alguns desses focos podem permanecer em latência, durante anos, manifestando-se tardiamente, como doença localizada e isolada em determinado órgão ou sistema (ex: tuberculose isolada cerebral ou meníngea, tuberculose adrenal, tuberculose genital, etc.).

Este tipo de envolvimento ocular isolado está registrado na literatura (Duke-Elder, 1974): "A tuberculose localizada isoladamente é mais importante clinicamente e ocorre por disseminação hematogênica em

peças que mostram outras evidências de tuberculose que, frequentemente, é encontrada nos pulmões, linfonodos ou ossos. De maneira geral ataca adolescente jovem, mas também é encontrada acima dos 40 ou 50 anos de idade. Pode assumir duas características — tipo esclerótico atenuado ou tipo ativo caseoso. O tipo esclerótico de tuberculose forma um granuloma crônico, indolor. Pode ser uni ou bilateral e tem crescimento lento, indolor, duro, lobulado, como massa móvel, não causando distúrbio funcional grave, mas, às vezes, ptose ou proptose, com limitação de movimentos, especialmente da elevação. Os linfonodos pré-auriculares são atingidos. A evolução é geralmente benigna e, às vezes, com cura espontânea. Como regra geral, a massa permanece estacionária até ser removida cirurgicamente. Na forma mais agressiva, caseosa, após um início insidioso e curso lentamente progressivo, ocorrem sinais de um abscesso frio, eventualmente fistulizando. Ocasionalmente a doença compromete a pele vizinha como tuberculose coliquativa podendo levar ao óbito, por disseminação (Achré e Leblanc, 1918)."

O caso que ora vamos relatar acreditamos que corresponda à forma de tuberculose isolada de localização palpebral.

## II — CASO CLÍNICO:

JJCA, brasileiro, masculino, motorista, 23 anos, branco, solteiro. Veio para consulta em 14.11.73, queixando-se de ter "bolinhas" na pálpebra superior do olho esquerdo, há cerca de 4 meses, e solicitando cirurgia estética.

Exame Oftalmológico: Exame externo — pálpebra superior OE apresentando cerca de cinco nódulos subcutâneos, formando um rosário, livres em relação à pele e aderentes aos planos profundos. Nódulos frios, indolores e de consistência firme. (figura 1). Acuidade visual 20/20 em ambos os olhos. Reflexos normais à luz. Motilidade extrínseca normal. Refração: pequena hipermetropia. Fundoscopia normal em ambos os olhos. Tonometria = 12 mmHg em ambos os olhos.

\* Trabalho apresentado ao XIX Congresso Brasileiro de Oftalmologia (1977 — Rio de Janeiro).

\*\* Médicos Oftalmologistas — Piracicaba, S.P.

\*\*\* Médico Anátomo-patologista — Piracicaba, S.P.

\*\*\*\* Médico Clínico Geral — Piracicaba, S.P.



Fig. 1

III — Cirurgia: Exerese dos nódulos, via pele, sob anestesia geral. Os nódulos formavam rosário e eram aderentes ao tarso.

IV — Exame anátomo-patológico:

Macroscópico — fragmento tecidual alongado, pardacento, de aspecto multinodular, medindo 1,5 x 0,5 x 0,4 cm. Acompanham duas formações pequenas e irregulares, que medem no conjunto 0,1 x 0,4 cm.

Microscópico: As lâminas mostram fragmentos de tecido conjuntivo e muscular estriado comprometidos por processo inflamatório crônico granulomatoso, caracterizado pela presença de típicos tubérculos epitelióides, isolados e coalescentes que, em áreas, sofrem necrose central caseóide (figuras 2 e 3). Discreta infiltração linfocitária e raras células gigantes de Langhans participam das lesões. A coloração para BAAR demonstra bacilos esparsos álcool-ácido-resistentes. Conclusão: lesão de pálpebra superior — tuberculose produtivo-caseosa.

V — Exame Clínico: Após o resultado do exame anátomo-patológico o paciente

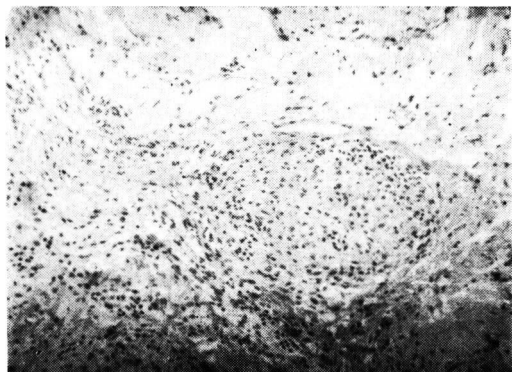


Fig. 2 — Microfotografia de lesão palpebral. Nódulo epitelióide envolto por fibrose. HE 100x.

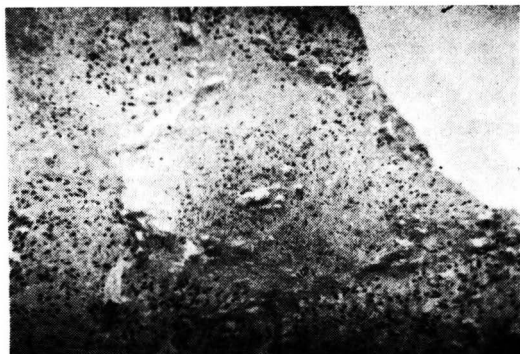


Fig. 3 — Outro aspecto da lesão palpebral. Foco de necrose caseosa, circundada por reação granulomatosa epitelióide. HE 100 x.

foi submetido a exame clínico geral. Não apresentava nenhuma queixa exceto a oftalmológica. Nega antecedentes pulmonares. Ignora contacto com tuberculose. Bom estado geral e de nutrição. Sem adenomegalias. Ao exame dos diversos aparelhos não mostrou anormalidades. Teste tuberculínico (PPD): positivo fraco (5 mm). Rx de tórax e exame hematológico normais. Não foi encontrada nenhuma manifestação de tuberculose em outros órgãos.

VI — Evolução: Após 13 meses de boa evolução o paciente retornou à consulta com recidiva de dois nódulos, localizados nasalmente aos extirpados. Deverá ser submetido a nova cirurgia, estando programada tentativa de isolamento do bacilo álcool-ácido-resistente, para posterior tipagem.

VII — Comentários: Trata-se de um caso incomum de moléstia granulomatosa isolada de pálpebra, onde foram encontrados bacilos álcool-ácido-resistentes. Como não havia adenopatia satélite nem lesões úlcero-necróticas fica difícil sustentar a idéia de que se trata de infecção primária. Não havia qualquer indicio de tuberculose em órgãos vizinhos, nem sinais de acometimento sistêmico. Esses dados levam a considerar o caso como lesão orgânica isolada.

Como diagnósticos diferenciais caberiam a sarcoidose e a hanseníase tuberculóide. Essas duas entidades não costumam apresentar caseose e na primeira não ocorrem bacilos. Quanto à hanseníase tuberculóide, raramente ocorrem bacilos e o acometimento granulomatoso tem nitido tropismo por filetes nervosos (o que não ocorre neste caso). Além disso, não existem outras manifestações de hanseníase no paciente.

O diagnóstico de tuberculose foi feito de forma genérica e não queremos excluir a possibilidade de doença causada por micobactérias atípicas, antes da cultura e tipagem do agente.

### RESUMO

Os autores fazem considerações sobre a tuberculose ocular e apresentam um caso de tuberculose isolada de pálpebra superior, com nódulos consistentes, indolores, subcutâneos, em rosário. O exame anátomo-patológico mostrou processo granulomatoso com necrose caseosa e presença de bacilos álcool-ácido-resistentes. Como houve recidiva do processo será tentado o isolamento e tipagem do agente para se excluir micobacteriose atípica.

### SUMMARY

Considerations were made by the authors about

the eye tuberculosis. An occurrence of isolated tuberculosis only on the upper eyelid, was presented with tough, painless, subcutaneous nodules like a rosary. The anatomopathologic exam showed a granulomatous process with caseous necrosis and the presence of AAR bacilli.

As there was recurrence of the illness it will be tried the isolation and classification of the agent in order to eliminate atypical micobacteriose.

### BIBLIOGRAFIA

DUKE-ELDER, S., (1974) «System of Ophthalmology». Vol. XIII, Kimpton, London.