

Estudo comparativo entre retinoblastoma e melanoma maligno uveal*

Dairton Miranda; Alcir Mendes Cardoso Junior & Nicomedes Ferreira Filho

INTRODUÇÃO

É amplamente documentado na literatura médica de língua inglesa (14) que o melanoma maligno uveal (MMU) é o tumor maligno intra-ocular mais comum, seguindo-se do retinoblastoma. Temos observado que, no nosso meio, o retinoblastoma é mais comum que o MMU.

Com a finalidade de dar mais suporte às nossas observações, decidimos rever os casos dos serviços de Patologia Ocular do Hospital São Geraldo (HSG) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e do Instituto Hilton Rocha (IHR).

MATERIAL E MÉTODOS

Os arquivos do HSG (1947-1981) e do IHR (1979-1981) revelaram 148 casos de retinoblastomas e 58 casos de MMU.

Vários parâmetros relacionados com estes tumores foram observados e relacionados nas tabelas de I a IX.

COMENTÁRIOS

Ao contrário do que se lê na literatura médica de língua inglesa (1-4) o retinoblastoma, em nosso meio, é mais comum que o MMU. Encontramos 148 casos de retinoblastoma e apenas 58 casos de MMU.

O pico de incidência do retinoblastoma, isto é, 28,39%, ocorreu entre 2 e 3 anos e mais da metade dos casos incidiu entre 1 e 4 anos, havendo 4 casos entre 10 e 12 anos (tabela I).

Houve discreta predominância de retinoblastoma no sexo masculino, perfazendo 54,05% dos casos e no sexo feminino 44,60%. Em 1,35% dos casos não foi possível a identificação do sexo.

Quanto à diferenciação, o retinoblastoma foi subdividido em indiferenciado (ausência total de rosetas) e diferenciado, que foi, por sua vez, subdividido em pouco diferenciado (pequeno n.º de rosetas), moderadamente diferenciado (moderado n.º de rosetas) e bem diferenciado (grande n.º de rosetas).

TABELA 1
Retinoblastoma: distribuição por faixa etária

Faixa etária (anos)	N.º de casos	%
0 — 1	12	8,11
1 — 2	20	13,51
2 — 3	42	28,39
3 — 4	33	22,30
4 — 5	12	8,11
5 — 6	5	3,38
6 — 7	2	1,35
7 — 8	1	0,67
8 — 9	0	0
9 — 10	0	0
10 — 11	2	1,35
11 — 12	2	1,35
Idade não determinada	17	11,48

Como se observa na tabela II, cerca de 80% dos casos foram do tipo indiferenciado. Apenas uma minoria dos casos era do tipo bem diferenciado.

TABELA 2
Retinoblastoma: distribuição por grau de diferenciação

Diferenciação	N.º de casos	%
Indiferenciado	118	79,72
Pouco diferenciado	3	2,02
Moderadamente diferenciado	18	12,16
Bem diferenciado	9	6,08

Como é de conhecimento geral, também a maioria dos nossos casos apresentou grau apreciável de necrose (tabela III). Apenas dois casos não revelaram necrose em cortes de retina.

TABELA 3
Retinoblastoma: distribuição por grau de necrose

Grau de necrose	N.º de casos	%
+ *	30	20,27
++	24	16,22
+++	46	31,08
++++	46	31,08
Sem necrose	2	1,35

*+ Discreto grau de necrose
++ Moderado grau de necrose
+++ Acentuado grau de necrose
++++ Muito acentuado grau de necrose

Não houve uma íntima relação entre o grau de necrose e calcificação, como se nota na tabela IV, porém calcificação de grau variável ocorreu na maioria dos casos. Mui-

* Trabalho realizado nos Serviços de Patologia ocular do Hospital São Geraldo (F.M.U.F.M.G.) e Instituto Hilton Rocha.
End. para separatas: IHR, Av. Anel da Serra, 1355. Belo Horizonte — MG.

tas vezes, extensas áreas de necrose não correspondiam a calcificação acentuada.

TABELA 4
Retinoblastoma: incidência de calcificação

Grau de calcificação	N.º de casos	%
+	58	39,13
++	43	29,05
+++	20	13,51
++++	3	2,03
Ausência de calcificação	24	16,22

Procuramos observar invasão em relação à coróide esclera e nervo óptico. A coróide apresentou-se invadida, em graus variáveis, em 68,24% dos casos e a esclera em 35,81%. O nervo óptico foi observado em apenas 97 casos, devido ao fato de serem casos antigos e da dificuldade de localização dos blocos de parafina para novos cortes onde pudéssemos localizá-lo. Desses 97 casos, houve invasão em 51 deles, dando um percentual de 52,57% (tabela V).

TABELA 5
Retinoblastoma: locais invadidos pelo tumor

Local	N.º de casos	Invasão	%
Coróide	148	101	68,24
Esclera	148	53	35,81
Nervo óptico *	97	51	52,57

* Dos 148 casos examinados o nervo óptico estava presente em apenas 97 deles.

Em relação ao MMU, o pico de incidência, de acordo com a faixa etária, foi de 18,96%, que ocorreu na 6.ª década (tabela VI). Maioria dos casos isto é, em torno de 56%, ocorreu entre 20 e 60 anos. O caso mais jovem foi em criança de 2 anos.

TABELA 6
Melanoma uveal: distribuição por faixa etária

Faixa etária (anos)	N.º de casos	%
0 — 10	1	1,72
10 — 20	0	0
20 — 30	7	12,06
30 — 40	7	12,06
40 — 50	8	13,79
50 — 60	11	18,96
60 — 70	3	5,17
70 — 80	4	6,89
Idade não determinada	17	29,31

Houve predominância de MMU no sexo masculino, totalizando 65,51% dos casos. No sexo feminino ocorreu em 27,58% dos casos e em 6,89% não houve determinação do sexo.

Quanto ao tipo celular (tabela VII) o tipo predominantemente foi o fusiforme, que ocorreu em torno de 55% dos casos. O segundo tipo mais comum foi o misto, que incidiu em torno de 24% dos casos. O tipo epitelíóide, atualmente, está sendo subdividido em dois subtipos: epitelíóide e epitelíóide de

celulas pequenas. Em nosso estudo, cada um destes dois subtipos foi responsável por 6,89% dos casos. É interessante notar que o tipo necrótico também foi incomum em nosso estudo, com uma incidência igual à dos epitelíóides.

TABELA 7
Melanoma uveal: distribuição por tipo celular

Tipo celular	N.º de casos	%
Fusiforme	32	55,17
Epitelíóide	4	6,89
Células epitelíóides pequenas	4	6,89
Misto	14	24,13
Necrótico	4	6,89

Maioria dos nossos casos, em torno de 72%, não apresentou necrose (tabela VIII). Quando houve necrose, esta foi de grau menos acentuado. Tumores predominantemente necróticos foram raros em nossa casuística, ao contrário do que ocorre nos USA e Europa.

TABELA 8
Melanoma uveal: graus de necrose

Grau de necrose	N.º de casos	%
Ausência de necrose	42	72,41
+	7	12,07
++	3	5,17
+++	2	3,45
++++	4	6,90

Maioria dos nossos casos (67,24%) de MMU estava restrito à coróide (tabela IX). Em torno de 15% dos casos houve invasão da esclera. Apenas cerca de 10% invadiu o tecido orbitário. As outras estruturas menos comumente invadidas estão relacionadas na tabela IX.

TABELA 9
Melanoma uveal: locais invadidos pelo tumor

Local	N.º de casos	%
Não invasor	39	67,24
Esclera	9	15,52
Tecido orbitário	6	10,34
Nervo óptico	2	3,44
Corpo ciliar	1	1,72
Pálpebra	1	1,72
Segmento anterior	1	1,72
Câmara anterior	1	1,72
Trabeculado	1	1,72

Em conclusão, podemos afirmar que em nosso meio, o retinoblastoma é o tumor maligno intra-ocular mais comum. Isto pode ser, em parte, explicado devido ao fato conhecido de que o MMU é raro em indivíduos de raça negra e nossa população é predominantemente mestiça branca negra. Outra observação interessante, em relação ao MMU, é a raridade do tipo predominantemente necrótico,

que é bastante frequente em indivíduos de raça branca. Finalmente, chamamos a atenção para a incidência relativamente comum do tipo epitelióide de células pequenas em nossos casos.

Em relação ao retinoblastoma, o fato que mais nos chamou a atenção foi a relativa infreqüência dos casos bem diferenciados.

RESUMO

Os autores, revendo os arquivos de patologia ocular do Hospital São Geraldo (FMUFMG) e Instituto Hiltor, Rocha relacionados com retinoblastoma e melanoma maligno uveal, observam a incidência desses tumores, sua distribuição por faixa etária, sexo, diferenciação, grau de necrose, calcificação e invasão.

Concluem que, em nosso meio, ao contrário do que se observa na literatura médica de língua inglesa, o retinoblastoma é o tumor intra-ocular mais comum, tendo encontrado 148 casos de retinoblastoma contra apenas 58 casos de melanoma maligno uveal.

SUMMARY

The authors review the cases of Malignant Uveal Melanoma and Retinoblastoma from 2 specialized eye

Hospitals, namely HSG and IHR, and found 148 cases of Retinoblastoma and 58 cases of Malignant Uveal Melanoma. This series indicates that in this region the Retinoblastoma is the most common malignant intra-ocular tumor. Several other parameters such as sex distribution, age, grade of necrosis, calcification, invasion and differentiation are also evaluated.

BIBLIOGRAFIA

1. ZIMMERMAN, L. E. — Tumors of the uveal tract. In Hogan-Zimmerman — an Atlas and Textbook, second edition, W. B. Saunders Company, Philadelphia, London, 1962, página 413.
2. GREER, C. H. — Malignant melanomas of the ciliary body and choroid. In Greer Ocular Pathology, third edition, Blackwell Scientific Publications, Oxford, London, Edinburgh, Melbourne, 1979, página 205.
3. SANG, D. N. & ALBERT, D. M. — Retinoblastoma: clinical and histopathologic features. Human Pathology 13: 133-47, 1982.
4. YANOFF, M. & FINE, B. S. — Retinoblastoma. In Yanoff-Fine Ocular Pathology — a text and atlas, Medical Department, Harper and Row, Publishers. Hagerstown, Maryland, New York, Evanston, San Francisco, London, 1975, página 686.

Ceratite ulcerativa da conjuntivite primaveril

Alexandre Tena Almada * & Waldir Martins Portellinha *

As complicações da conjuntivite primaveril na córnea podem ser causadas por extensão direta dos nódulos limbares da forma bulbar ou por comprometimento específico da córnea, sob a forma de ceratite superficial ou ceratite ulcerativa (2).

A ceratite ulcerativa é uma manifestação mais rara, com uma úlcera indolente e recorrente associada à forma palpebral e não à forma bulbar da conjuntivite primaveril (5).

No início aparece como uma elevação epitelial que posteriormente descama deixando uma úlcera deprimida, opacificação da membrana de Bowman e infiltração do estroma superficial. Com a evolução do processo há reparação com formação de opacificação leve e permanente (2).

O presente trabalho visa a apresentar dois casos de ceratite ulcerativa da conjuntivite primaveril, discutir seus aspectos clínicos e comentar a conduta indicada nesta patologia.

CASOS CLÍNICOS

Caso n.º 1: — A.M.N. 14 anos, masculino, branco, brasileiro

Paciente visto pela primeira vez em Agosto de 1980 com queixa de prurido e secreção oculares de longa duração. Ao exame ocular apresentava Acuidade Visual de 20/25 em A.O. sem correção, conjuntiva bulbar sem alterações, secreção mucosa +++ em A.O., macropapilas no tarso superior de ambos os olhos grandes, irregulares e vegetantes, visíveis com a eversão palpebral, sem necessidade do uso da lâmpada de fenda. Nesta época a córnea se apresentava normal, mesmo após coloração vital com Fluoresceína e Rosa Bengala.

Seu exame citológico conjuntival revelou grande número de Eosinófilos. O paciente foi colocado sob Intal colírio a 2%, 5 vezes ao dia, referindo grande melhora da sintomatologia até Fevereiro de 1981, quando voltou com queixa de ardor, fotofobia e lacrimação.

* Da Disciplina de Oftalmologia do Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia da Escola Paulista de Medicina.