

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.

mento no OE com duração de 15 dias, coincidindo com a época em que interrompeu o uso do colírio de Intal. Ao exame apresentava AV de 20/20 em OD e 20/25 em OE, hiperemia +++ em A.O., macropapilas inalteradas no tarso superior, bilateralmente, e, em OE uma úlcera ovalada, de bordos bem delimitados, na porção superior da córnea e ponteadado difuso corando com Fluoresceína e Rosa Bengala. Não havia reação de câmara anterior.

Foi feito diagnóstico de ceratite ulcerativa primaveril, e instituído tratamento: oclusão com associação antibiótico corticosteróide em pomada, prednisolona 40 mg VO ao dia e colírio de Intal a 2% 6 vezes ao dia. A melhora subjetiva e objetiva foi observada 2 dias após com epitelização total em 7 dias. A dose de corticosteróide sistêmico foi sendo lentamente diminuída no decorrer das duas semanas que se seguiram. Não houve recidiva da úlcera nos seguintes 8 meses, sendo mantido o paciente sob Intal a 2% 4 vezes ao dia em A.O..

Caso n.º 2: C.R.S. 15 anos, masculino, par-do, brasileiro.

Paciente compareceu pela primeira vez ao Ambulatório de Oftalmologia da Escola Paulista de Medicina queixando-se de ardor, prurido, fotofobia, sensação de corpo estranho em ambos os olhos, com períodos de melhora e piora há cerca de 10 anos, e que há uma semana apresentava dor e fotofobia intensa no olho direito, como nunca tivera antes.

Ao exame oftalmológico apresentava A.V. de 0,2 em OD e 0,3 em OE, com e sem correção óptica. A biomicroscopia apresentava hiperemia conjuntival +++, secreção branco-amarelada e viscosa no fundo de saco inferior, papilas gigantes na conjuntiva tarsal superior vegetações limbares, infiltrado corneano periférico, pontos de Trantas na região limbar, ceratite puntata superficial vascularização corneana superficial e profunda, e, somente em OD uma úlcera corneana central, ovalada, com eixo maior vertical, bordos nítidos e bem delimitados, de coloração acinzentada, corando tanto com Fluoresceína quanto com Rosa Bengala (Fig. 1).

O exame biomicroscópico da câmara anterior não demonstrou qualquer anormalidade.

Foi realizado exame laboratorial da secreção ocular: citológico com eosinófilos e monócitos e cultura com crescimento de *S. epidermidis* da margem palpebral.

Feito diagnóstico de úlcera primaveril, foi instituído o tratamento com colírio de dexametasona e colírio de atropina. Após uma semana houve melhora dos sintomas, mas a úlcera permanecia com seu aspecto

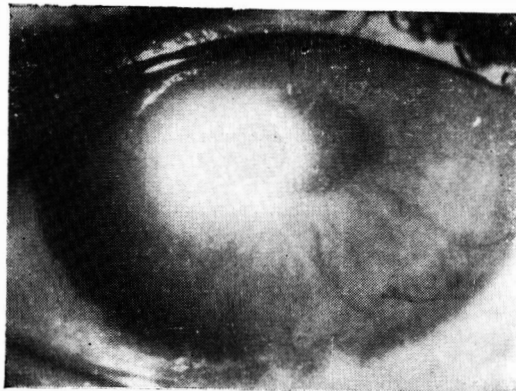


Fig. 1 — Caso n.º 2. OD Úlcera Corneana Central, ovalada, eixo maior vertical, bordos nítidos e bem delimitados, coloração acinzentada.

inalterado. Foi então introduzida prednisolona por via oral na dose de 40 mg/dia. Como após uma semana de tratamento não foi observada melhora, foi adaptada uma lente de contato terapêutica, que teve de ser retirada após três dias por intolerância. A medicação foi mantida, e 15 dias após houve remissão progressiva da ulceração com cicatrização e formação de pequena nébula central. Foi dada alta com a orientação de permanecer usando colírio de Intal a 2% 4 vezes ao dia.

Em Março de 1980 o paciente voltou novamente ao Ambulatório, com nova crise e úlcera corneana no mesmo local, referindo ter interrompido o uso do Intal há cerca de 2 meses por problemas financeiros. O paciente foi ocluído com dexametasona e atropina em pomada e foi colocado sob prednisolona 40 mg por via oral ao dia. Após uma semana houve resolução completa da ulceração, sendo mantido colírio de Intal a 2%.

Em Outubro de 1980 o paciente novamente interrompeu o uso do colírio de Intal, e, mais uma vez apresentou recidiva da úlcera. Foi repetido o tratamento tópico e sistêmico, havendo cicatrização da úlcera em 15 dias. Após 1 ano não houve nova recidiva da úlcera, estando o paciente sob tratamento com Intal colírio.

DISCUSSÃO

A conjuntivite primaveril é uma doença inflamatória ocular, de caráter alérgico, estacional, bilateral, de etiologia desconhecida, considerada uma reação de hipersensibilidade do tipo I, na qual antígeno reage com IgE ligado a mastócitos, levando à sua degradação e liberação de substâncias vasoativas (histamina, heparina, serotonina).

É mais comum em crianças do sexo masculino em idade pré-pubertária e mais frequente nos meses quentes e secos época em que os sintomas se tornam mais evidentes.

Caracteriza-se clinicamente por macropapilas no tarso superior (forma palpebral), na região limbar (forma bulbar) ou em ambos os locais (forma mista), Suas manifestações são principalmente prurido acompanhado ou não de fotofobia, lacrimejamento, sensação de corpo estranho e hiperemia conjuntival.

Laboratorialmente, os esfregaços da secreção conjuntival caracterizam-se pela presença de eosinófilos, grânulos eosinofílicos livres, muco, e ocasionalmente basófilos e grânulos basofílicos livres.

As complicações corneanas da conjuntivite primaveril são:

a. Áreas focais de opacificação e miopannus, por extensão das lesões limbares até a córnea com destruição da membrana de Bowman, que pode atingir toda a circunferência corneana.

b. Ceratite ponteadada superficial primaveril (também chamada de ceratite epitelial farinácea) comprometendo a metade superior da córnea, mas podendo afetá-la totalmente, com pontos intra-epiteliais branco-acinzentados (que são áreas de degeneração epitelial) que coram superficialmente com Fluoresceína e Rosa Bengala.

c. Ceratite Ulcerativa Primaveril: é uma complicação mais rara, com úlcera ovalada, acinzentada, de bordo espessado, caráter indolente e que inicialmente é rasa e sem vascularização localizada preferencialmente na porção superior da córnea.

O tratamento da conjuntivite primaveril visa a diminuição dos sintomas, desde que não há terapêutica específica para a doença, até que haja melhora espontânea da mesma.

Os corticosteróides, apesar da sua eficácia terapêutica no controle dos sintomas de-

correntes principalmente da forma bulbar e complicações corneanas (com menor valor na forma palpebral), têm seu uso limitado pelos efeitos colaterais que podem ocorrer no uso a longo prazo (glaucoma catarata, etc). Assim, devem ser reservados para as fases mais agudas e por períodos curtos.

Para a terapêutica de manutenção, que pode durar anos, indica-se o uso de Cromoglicato Dissódico (Intal colírio a 2%), que não apresenta os efeitos colaterais dos corticosteróides, que podem ser a ele associados, em doses e concentrações menores e por prazos mais curtos.

Na ceratite ulcerativa da conjuntivite primaveril, por outro lado, o tratamento deve ser feito com corticosteróide tópico e sistêmico até que haja remissão da úlcera, o que costuma ocorrer em 2 a 3 semanas. Nestes casos está também indicado o uso associado de Cromoglicato Dissódico (Intal colírio a 2%).

RESUMO

Os autores relatam dois casos de ceratite ulcerativa da conjuntivite primaveril e discutem os achados clínicos e orientação terapêutica indicada nesta patologia.

SUMMARY

The authors present two cases of vernal ulcerative keratitis and discuss the clinical aspects and treatment of this corneal pathology.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BELFORT, R. Jr.; ALMADA, A. T. & TOMIMATSU, P. — Doenças Externas Oculares. Livraria Roca, São Paulo, 1981.
- 2 DUKE-ELDER, S. — Allergic kerato-conjunctivitis. In System of Ophthalmology, Vol. 8. Diseases of the outer eye. Pt. 1, Conjunctiva, The C.V. Mosby Co., St. Louis, 1965.
- 3 GRAYSON, M. — Diseases of the cornea. The C.V. Mosby Co., St. Louis, 1979.
- 4 PORTELLINHA, W. M.; BELFORT, R. Jr.; MOLINARI, H. E.; PAULA SILVA, V. L.; PAIVA, E. R. & NOVO, N. F. — Cromoglicato Dissódico tópico nas conjuntivites atópicas crônicas e primaveris. Arq. Bras. Oftalmol., 41: 3, 105-108, 1978.
- 5 DONALDSON, D. D. — Atlas of External Diseases of the Eye. Vol. III. Cornea and Sclera. The C.V. Mosby Company. St. Louis, 1971.