PATOLOGIA OCULAR PARA RESIDENTES. — TUMOR MISTO BENIGNO DA GLANDULA LACRIMAL —

ROBERTO LORENS MARBACK *

APRESENTAÇÃO DO CASO — E. L. O., 22 anos, sexo masculino, branco, natural de Conceição do Coité — Bahia. Registro n.o 192359 do Hospital Prof. Edgard Santos.

Apresentou-se com a queixa de protusão gradativa do olho esquerdo datando aproximadamente de tres anos. Ultimamente notou diminuição da visão do mesmo olho.

A acuidade visual era de 20/15 em OD e de 20/30 em OE.

Ao exame, o OD a seus anexos estavam integros. Presente acentuada exoftalmia à esquerda com desvio do globo ocular para baixo (Fig. 1). Foi palpada tumoração de consistência endurecida, não aderente ao rebordo



FIG. 1 — Fotografia Clínica — Exoftalmia à esquerda com desvio do globo ocular para baixe.

Clinica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Hospital Prof. Edgard Santos . (Serviço do Prof. Heitor Marback).

orbitário, situada na região da fossa lacrimal. A ausculta da órbita esquerda não nos forneceu achados positivos. O restante do exame oftalmológico do OE bem como o exame clínico geral e endocrinológico resultaram normais. Radiografia do tórax demonstrou boa transparência dos campos pulmonares e imagem cardiovascular normal enquanto que o estudo radiológico das órbitas revelou apenas aumento de densidade da órbita esquerda sem sinais de comprometimento ósseo. Os buracos ópticos estavam normais. O estudo hematológico mostrou cifras dentro dos limites normais. O exame sumário de urina e a dosagem de fosfatase alcalina resultaram igualmente normais. Na impossibilidade do estabelecimento de diagnóstico para a causa da exoftalmia foi submetido, sob anestesia geral, à orbitomia lateral exploradora. Durante a cirurgia encontramos tumoração de consistência endurecida, bem delimitada por cápsula e localizada na região da fossa lacrimal, englobando a glândula de mesmo nome. Procedemos a exérese total do referido tumor no interior da sua cápsula. Os planos anatômicos foram reparados sem recolocação do fragmento óseo da parede lateral da órbita. O pós operatório transcorreu sem anormalidades. Vem acompanhado por dois anos após a cirurgia, sem recidivas (Fig. 2).

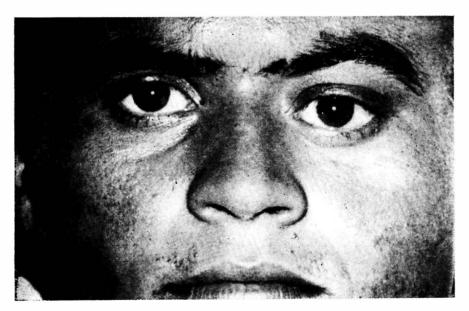


FIG. 2 — Fotografia Clínica — Aspecto do paciente dois anos após a cirurgia.

ESTUDO ANÁTOMO-PATOLÓGICO

Macroscopia — Peça cirúrgica fixada em formol a 10%, medindo 42x30x15mm, apresentando coloração castanho escura e consistência elás-

tica. A superfície de corte revelou tecido granuloso de coloração esbranquiçada. Toda tumoração encontrava-se envolta por cápsula de tecido bem resistente.

Microscopia — As secções revelaram neoplasia constituída por mistura de elementos tissulares epiteliais e conectivos, inteiramente revestida por cápsula de tecido conectivo denso. Em área adjacente a esta cápsula observou-se tecido de glândula lacrimal guardando as suas características de normalidade mas apresentando moderada infiltração por linfócitos. Tecido adiposo como extensas áreas hemorrágicas foram igualmente notadas nas vizinhanças da cápsula. A neoplasia assumia grande variação estrutural de área observada para outra, estando basicamente constituída por dutos glandulares revestidos por duas camadas celulares contendo material eosinofílico homogêneo no seu interior (Fig. 3). Tais dutos se anastomosavam de maneira irregular e um rico estroma mixóide se interpunha entre os mesmos. Em outras áreas foi possível observar maiores condensações celulares (Fig. 4). Tais células exibiam núcleos basófilicos e aspecto regular sendo que não foram notadas características de malignidade.

Diagnóstico — Tumor misto benígno da glândula lacrimal.



FIG. 3 — Microfotografia — Dutos glandulares revestidos por dupla camada de células contendo material eosinofílico homogêneo no seu interior. Estroma mixóide está interposto entre dutos. Notam-se também células de núcleo basofílico nas proximidades dos dutos glandulares. H. E. 10x10.

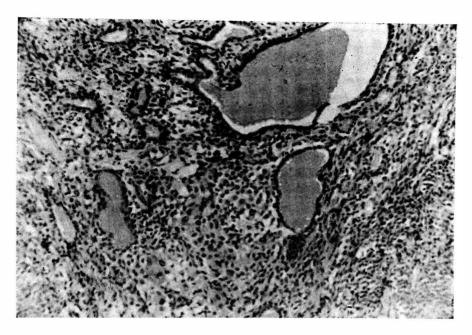


FIG. 4 — Microfotografia — Área do tumor apresentando maior condensação de células. Observe-se o aspecto regular das mesmas. H. E. 10x10.

COMENTÁRIOS —

De acordo com REESE (1956), os tumores que comprometem a fossa lacrimal podem ser classificados em tres categorias: linfomas e hiperplasias linfóides ocorrendo em percentagem de aproximadamente 20%, pseudotumores inflamatórios em percentagem de cerca de 30% e finalmente os tumores epiteliais da própria glândula lacrimal representando cerca de 50% das tumorações encontradas na referida área anatômica. Dentre este último grupo de tumores epiteliais da glândula lacrimal encontramos os tumores mistos e os carcinomas ocorrendo com igual frequência. Esta classificação embora singela, auxilia bastante na determinação da orientação terapêutica para as referidas neoplasias, através o estudo histopatológico.

Os tumores mistos da glândula lacrimal levam tal denominação pelo fato de serem constituídos por mistura de elementos tissulares epiteliais e conectivos. Segundo HOGAN e ZIMMERMAN (1962) tais tumores mistos da glândula lacrimal são benignos na sua maioria. Entretanto, um em cada dez casos pode apresentar achados histopatológicos de malignidade. Quando isto ocorre, o componente malígno é frequentemente representado por um adenocarcinoma, raramente carcinoma espino-celular e

quase nunca um sarcoma. Vemos portanto que no processo de malignização de tumor misto benigno da glândula lacrimal a porção a sofrer alteracões para malignidade é sempre aquela de natureza epitelial.

Do ponto de vista clínico, o achado mais frequente em pacientes portadores do tumor misto de glândula lacrimal é representado pela exoftalmia com desvio do globo ocular para baixo. Massa tumoral é comumente palpada no quadrante temporal superior da órbita. Tais achados clínicos juntamente com diplopia, dor, turvação da visão, edema palpebral e outros menos frequentemente encontrados não são absolutamente exclusivos dos tumores mistos da glândula lacrimal desde que podem constituir manifestação de outras tumorações em crescimento na fossa lacrimal. Por outro lado, a duração da sintomatologia varia amplamente de um caso para outro. Assim é que HENDERSON (1973) menciona períodos variando de dois meses a quinze anos de duração da sintomatologia nos pacientes da sua série. Vale lembrar que no caso que ora discutimos o paciente apresentou protusão gradativa do globo ocular por tres anos.

Quanto ao auxílio que o estudo radiológico pode fornecer para o diagnóstico dos tumores mistos da glândula lacrimal deveremos mencionar a experiência de JONES e PFEIFFER (1954). Acreditam tais autores que as anormalidades ósseas de maior significação estão representadas pelo alargamento da fossa lacrimal, aumento da densidade óssea e pela destruição óssea. Para HENDERSON (1974) tanto o alargamento da fossa lacrimal como o aumento da densidade óssea constituem achados não específicos pois qualquer tumor de evolução longa naquela região seria capaz de produzi-los. Entretanto, o mesmo autor considera a destruição óssea, demonstrada radiologicamente, como um sinal muito importante de mal prognóstico e que deverá sempre indicar uma remoção do tumor em bloco, juntamente com porções ósseas adjacentes. O comprometimento ósseo não implica necessariamente que o tumor misto seja maligno pois sabemos que mesmo o tumor misto benígno pode eventualmente infiltrar localmente o periósteo ou parede óssea vizinha.

Do ponto de vista anátomo-patológico vale a pena salientar alguns aspectos característicos da neoplasia em questão. Macroscopicamente, o tumor misto benigno da glândula lacrimal é representado por massa tumoral única ou lobulada revestida por cápsula. A superfície de corte do tumor geralmente demonstra tecidos com densidades diferentes e o aspecto sugere menor solidez do que aquela notada na ocasião da cirurgia ou antes de ser procedida a secção da neoplasia. Microscopicamente, salientase de pronto a ampla variação estrutural que, segundo HOGAN e ZIMMERMAN (1962), se faz presente não só de um caso para o outro como também em diferentes porções do mesmo tumor. Entretanto, alguns achados regularmente observados tornam relativamente fácil o diagnóstico histopatológico. Assim, a neoplasia é constituída por dutos glandulares revestidos por camada dupla de células. Estes dutos mostram anastomoses irregulares e contêm frequentemente material eosinofílico e homogêneo no seu interior, representando muco produzido pela camada celular mais

interna. Outras vezes, vamos encontrar queratina preenchendo o lúmen dos dutos o que indica metaplasia escamosa das células que os revestem.

Certas áreas exibem maiores condensações de células pequenas com núcleo basofílico e aspecto bastante regular. De permeio a tais estruturas existe um abundante estroma mixóide no qual se pode, vez por outra, observar porções de tecido fibroso, adiposo ou até mesmo cartilaginoso sugerindo metaplasia sofrida pelas células epiteliais que revestem a porção mais extensa dos dutos glandulares. A presença de tecido de glândula lacrimal com aspecto normal é frequente nas porções periféricas do tumor.

No que se refere ao tratamento, podemos afirmar que a abordagem inicial deverá ser sempre cirúrgica. Os tumores mistos, sejam benígnos ou malígnos, se iniciam como neoplasias bem encapsuladas mesmo porque o tumor misto malígno sempre tem origem em tumor misto benígno. Daí concluírmos que a cirurgia terá sempre como finalidade a completa remoção do tumor com sua cápsula intacta. Qualquer caso em que a remoção do tumor não for completa, terá sempre potencialidade para a recidiva e as recidivas aumentam as possibilidades de metaplasia malígna. Convém ainda lembrar que as recidivas muitas vezes são tardias, ocorrendo vários anos depois da cirurgia.

Segundo REESE (1956) um paciente que se apresenta com uma massa tumoral na fossa lacrimal representa um sério problema. Isto porque não se sabe se ele é portador de um tumor benígno ou maligno bem como se desconhece se a massa tumoral representa um tumor epitelial ou pseudotumor inflamatório ou tumor linfóide. Isto significa que deveremos sempre determinar a exata natureza da lesão para a execução do tratamento adequado.

Frequentemente não conseguimos diagnóstico para as lesões expansivas da órbita, inclusive aquelas da fossa lacrimal, através dos métodos clínicos e laboratoriais de exploração. Diante de tal situação, acreditamos que a orientação correta será sempre uma orbitotomia lateral segundo SMITH e CHERUBINI (1970) que permite perfeita visualização das regiões orbitárias. Através de tal abordagem o cirurgião depara com duas alternativas. Se encontra uma tumoração localizada e bem delimitada, procederá a extirpação. No caso de tumoração difusa e infiltrativa procederá biópsia para, de posse do diagnóstico histopatológico exato, programar a conduta acertada, inclusive cirurgia radical.

Admitimos que a biópsia de um fragmento de tumor de fossa lacrimal por via anterior representa um verdadeiro desastre em termos de prognóstico para os tumores mistos da glândula lacrimal pois a abertura da cápsula só facilitará as recidivas.

Como refere HENDERSON (1973), o tratamento radioterápico pode ser de algum valor para pacientes com recidivas de tumores mistos que apresentam malignização com infiltração de parede óssea e para os quais uma remoção radical se faz impossível ou contra indicada.

BIBLIOGRAFIA

- HENDERSON, J. W. Orbital Tumors. p. 409. W. B. Saunders Company. Philadelphia. London. Toronto, 1973.
- HOGAN, M. J. and ZIMMERMAN, L. E. Ophthalmic Pathology. An Atlas and Textbook. p, 758. W. B. Saunders Company. Philadelphia. London, 1962.
- 3. JONES, I. S. and PFEIFFER, R. L. Lacrimal gland tumors: roentgenographic diagnosis. Trans. Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol. 58:841, 1954.
- REESE, A. B. Treatment of expanding lesions of the orbit (7th Arthur J. Bedell Lecture). Am. J. Ophthal. 41:3, 1966.
- SMITH, 'B. and CHERUBINI, T. D. Oculoplastic Surgery . A compendium of principles and techniques. p. 58. The C. V. Mosby Company. Saint Louis, 1970.