

INVASÃO INTRAOCULAR POR CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DA CONJUNTIVA

Roberto Lorens Marback *

A revisão dos casos de carcinoma de células escamosas da conjuntiva existentes na Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, nos levou ao encontro de dois casos curiosos e raros. Um desses, apresentava invasão intraocular pelo tumor, enquanto o outro, mostrava além da invasão intraocular, a difusão do tumor dos tecidos orbitários. O registro dos mesmos e os comentários sobre raras formas de comportamento do carcinoma de células escamosas da conjuntiva, constituem a razão do presente trabalho.

APRESENTAÇÃO DOS CASOS

CASO 1 — E.F.A. Reg.-38175. 28 anos, masc., pardo, lavrador. Natural de Mórro do Chapéu. Ba.

Há dez anos que tem o olho esquerdo doente. Início com uma tumoração carnosa na conjuntiva palpebral inferior que aumentou progressivamente em tamanho.

Há cerca de 80 dias, apresentou dores e supuração no referido olho. Não fez nenhum tratamento médico anteriormente. Refere traumatismo no olho direito, na infância, que resultou em redução da visão.

Antecedentes Pessoais — Passado de febre tifóide, blenorragia e malária.

Visão — OD — 20/100.
OE — Nula.

Exame Externo — OD — Discreta hiperemia das conjuntivas. Presença de pequeno leucoma aderente na periferia da córnea, no meridiano das 3 horas.

OE — Acentuado edema da pálpebra inferior e hiperemia das conjuntivas, principalmente da palpebral inferior. Essa, apresenta na sua porção média uma tumoração de forma arredondada, pouco móvel, consistência endurecida e coloração rósea. A tumoração está coberta por secreção mucosa, não sangra e não se cora pela fluoresceína. A conjuntiva bulbar mostra discreta quemose e a córnea apresenta completa opacificação.

* Da Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. (Serviço do Prof. Heitor Marback).

Biomicroscopia — OD — Nada acrescenta ao exame macroscópico.

OE — A tumoração da conjuntiva palpebral inferior, exhibe rica vascularização. Alguns dos vasos são bem calibrosos. O tumor parece crescer mais em profundidade do que em extensão. As conjuntivas mostram áreas espessas. O segmento anterior está completamente deformado e mostra uma estrutura única de coloração escura com áreas esbranquiçadas. Numerosos vasos se fazem presentes.

O Exame Clínico Geral resultou normal.

Evolução — Submetido inicialmente à enucleação do OE. Como o exame anátomo-patológico evidenciou invasão dos tecidos orbitários, foi subsequentemente realizada a exenteração da órbita do mesmo lado, com aplicação de enxerto de pele. Na ocasião da alta hospitalar, uma radiografia da face não exhibia anormalidades. Seis meses após, o paciente foi atendido na Clínica Otorinolaringológica pois apresentava deformação da hemiface esquerda. O diagnóstico foi de carcinoma do maxilar esquerdo. Nessa ocasião, o estudo radiológico da face evidenciou volumosa formação tumoral fazendo corpo com as células etmoidais do lado esquerdo e seio maxilar do mesmo lado, desenvolvendo-se para cima e invadindo a cavidade orbitária. Verificou-se ainda, velamento do seio frontal esquerdo. A partir desta data o paciente não mais regressou ao hospital. Entretanto, tivemos a notícia de que veio a falecer alguns meses após, tendo inclusive, apresentado miíase na cavidade orbitária esquerda.

Exame Anátomo-Patológico

Macroscopia — Globo ocular colapsado. A superfície externa mostra vários nódulos irregulares de coloração branco-acinzentado. As estruturas intra-oculares mostram-se em completa desorganização e a coróide exhibe espessamentos nodulares que parecem estar unidos com os nódulos epibulbares através de algumas soluções de continuidade na esclera. O exame macroscópico do conteúdo da órbita esquerda e pálpebras mostra o crescimento tumoral na conjuntiva palpebral inferior de coloração róseo-avermelhada e finalmente granuloso.

Microscopia — Presença de tumor envolvendo os tecidos episclerais, formando vários nódulos que infiltram profundamente a esclera. Existe invasão difusa da coróide (Fig. 1) e em algumas das secções pode-se observar tal invasão se processando através um canal escleral. O tumor é composto por massas de células escamosas que variam muito em tamanho e forma, apresentando núcleos grandes e irregulares. (Fig. 2). As figuras de mitose atípicas são frequentes e várias “pérolas córneas” estão presentes. Uma acentuada infiltração de linfócitos e plasmócitos é vista na coróide. A retina está descolada e existem hemorragias intraoculares. Tumor com as características acima descritas infiltra-se difusamente nos tecidos orbitários. As secções cirúrgicas foram procedidas em tecido são.

Diagnóstico — Carcinoma de células escamosas da conjuntiva com invasão intraocular e intraorbitária.



FIG. 1 — Microfotografia — Invasão difusa da coróide por massas do tumor. H.E. 10 x 10. (Caso 1).

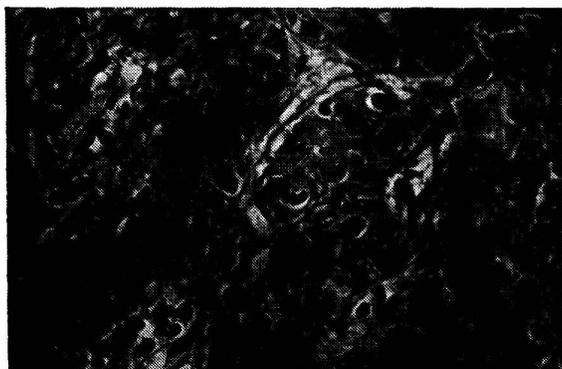


FIG. 2 — Microfotografia — Células tumorais variando em tamanho e forma. Observam-se hiperchromatismo e irregularidades nucleares. H.E. 10 x 45. (Caso 1).



FIG. 3 — Aspecto clínico do tumor. (Caso 2).

CASO 2 — H. F. Reg. 175653. 54 anos, fem., parda, doméstica. Natural do Piauí.

Há mais de dois anos o OD começou a apresentar acentuada vermelhidão. Procurou um especialista tendo feito uso de alguns colírios com os quais obteve alguma melhora. Há aproximadamente 5 meses, notou o aparecimento de uma carnosidade na parte externa do mesmo olho e há mais ou menos 1 mês vem sentindo dificuldade na visão do referido olho.

Visão — OD — 20/30.
OE — 20/20.

Exame Externo — OD — A conjuntiva bulbar apresenta no lado temporal, entre 7 e 11 horas, uma formação tumoral que invade a córnea até aproximadamente a sua metade. (Fig. 3).

OE — Segmento anterior inalterado.

Biomicroscopia — OD — A tumoração límbica é constituída de 3 lóbulos. O tumor mostra vários vasos na sua superfície. Apresenta coloração rósea e a sua superfície não se cora pela fluoresceína. O estroma corneano acha-se infiltrado pela neoplasia, nas áreas próximas à mesma.

O Exame Clínico Geral resultou normal.

Evolução — Enucleação do OD.

Exame Anáto-Patológico.

Macroscopia — Globo ocular moderadamente firme medindo $24 \times 24 \times 24$ mm e com 7 mm de nervo óptico aderente. Uma tumoração de coloração amarelo-esbranquiçada está presente no limbo, temporalmente, estendendo-se das 7 às 11 horas e medindo $10 \times 7 \times 1,5$ mm. A córnea mostra turvação nas regiões adjacentes ao tumor e essa turvação se estende até a porção central da mesma, ocupando metade da área pupilar. O globo ocular transilumina bem com exceção da área ocupada pelo tumor límbico. O olho foi aberto horizontalmente. À secção, o tumor infiltra profundamente a córnea e observa-se que está provocando indentação ao nível da região límbica, (Fig. 4) obstruindo o ângulo naquela área.

Microscopia — O epitélio conjuntival que recobre a tumoração límbica mostra discreto grau de epidermidalização, paraceratose e acantose. O tumor está constituído por grandes células escamosas apresentando núcleos bizarros e hiper cromáticos. Massa de semelhantes células tumorais são vistas infiltrando profundamente as lamelas esclerais em uma área e daí passando ao espaço supra-ciliar através um canal escleral adjacente. (Figs. 5 e 6).

Também, as lamelas corneanas estão envolvidas pelo tumor na periferia da córnea. O tumor compromete cerca de 1/4 da superfície corneana. Proliferação fibro-vascular bem como infiltração de células inflamatórias crônicas estão presentes no estroma corneano alcançando a área pupilar da córnea.

O ângulo da câmara anterior está estreitando no lado correspondente ao tumor, mas não se observam sinéquias anteriores. O corpo ciliar no mesmo lado, exhibe acentuada infiltração por células inflamatórias crônicas.

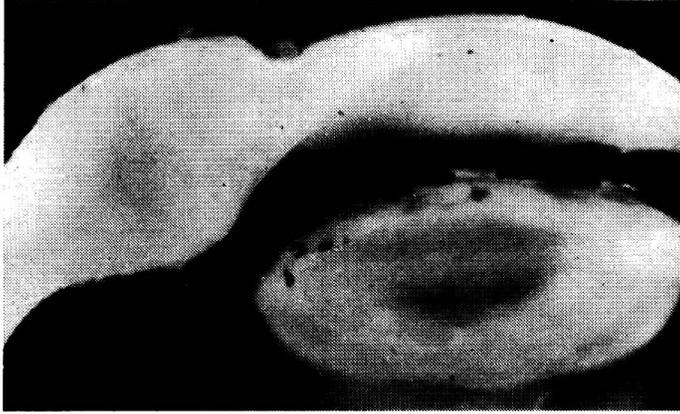


FIG. 4 — Superfície de corte do tumor. Presença de acentuada indentação no corpo ciliar e espessamento da córnea adjacente ao tumor, alcançando a área pupilar. (Caso 2).

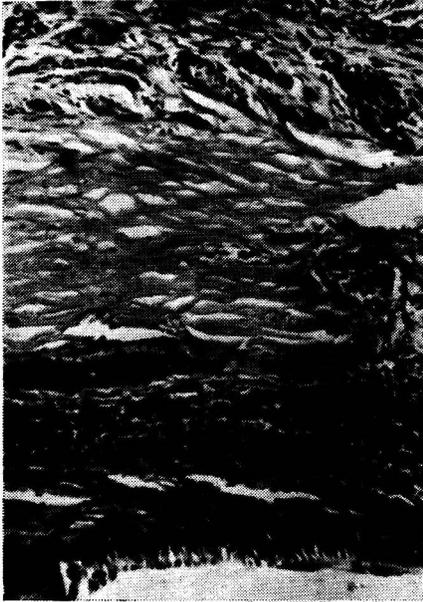


FIG. 5



FIG. 6

FIG. 5 — Microfotografia — Massas de células tumorais são vistas infiltrando profundamente as lamelas esclerais e daí passando ao espaço supra-ciliar, através um canal escleral. Infiltrado de células inflamatórias crônicas está presente no corpo ciliar. H.E. 10 x 10 (Caso 2).

FIG. 6 — Microfotografia — Canal escleral invadido pelo tumor. H.E. 10 x 45. (Caso 2).

O tumor foi completamente excisado.

Diagnóstico — Carcinoma de células escamosas do limbo com invasão intraocular.

DISCUSSÃO

As invasões intraoculares e intraorbitárias por carcinoma de células escamosas da conjuntiva são referidas por vários autores como ocorrências raras. Existe uma concordância geral quanto ao comportamento desses tumores no que diz respeito aos seus locais de origem e modo de extensão.

O limbo esclero-corneano, na área ocupada pela fenda palpebral, é o local predileto para o surgimento de carcinoma de células escamosas, por ser um sítio de transição epitelial. Apesar dessa predileção, os tumores podem se originar primariamente em outras porções da conjuntiva bulbar, conjuntiva palpebral ou carúncula. Por outro lado, o seu crescimento usualmente se dá por extensão para a conjuntiva adjacente ou para a córnea. Esta última, pode ser completamente circundada superficialmente pela neoplasia, constituindo o epitelioma peribulbar ou epitelioma em forma de anel segundo REIS (1903). Todavia, fugindo a regra geral, encontramos na literatura referências às extensões intraoculares e intraorbitárias por tais tumores.

REESE (1963) diz que o tumor pode se estender através da esclera para alcançar o interior do olho mas acentua que tal fato constitui uma ocorrência extremamene rara. Ainda o mesmo autor chama à atenção para a incidência significativamente mais alta em pessoas idosas. Vale salientar que, fugindo a este fato usual, em nosso primeiro caso, o tumor ocorreu em um paciente de apenas 28 anos.

GREER (1962) descreve um caso de carcinoma de células escamosas do limbo que apresentou invasão intraocular após 8 semanas de sua remoção cirúrgica. Novamente GREER (1963) acentua que tanto a invasão do globo ocular como a invasão da órbita ocorrem muito raramente.

HOGAN e ZIMMERMAN (1962) apresentam fotografias de dois casos de invasão do globo ocular pelo mesmo tumor e ratificam o conceito de raridade de envolvimento escleral profundo ou invasão intraocular.

DUKE-ELDER (1965) cita dez referências de invasão intraocular e afirma que todos os autores que se dedicaram extensivamente ao problema, acham que a penetração se dá através das trabéculas esclerais e ao longo dos linfáticos perivasculares e perineurais. Observamos invasão através canais esclerais em nossos dois casos.

Em estudo muito completo sobre os tumores epibulbares disceratóticos, IRVINE (1963) analisa 104 casos dentre os quais refere, como fora do comum, apenas um, apresentando o tipo de invasão que ora discutimos. Este caso, comenta o autor, ainda se tornou mais interessante pois o tumor não invadiu o globo através um canal escleral, mas sim através da destruição da esclera.

Mais recentemente, MÊNDEZ (1970) registrou mais um caso. Portanto, baseados na literatura existente sobre o assunto, podemos concluir que a invasão intraocular por carcinoma de células escamosas da conjuntiva é suficientemente rara para justificar a apresentação dos nossos casos.

Analisando 93 casos de tumores límbicos dentre os quais existiam 47 carcinomas de células escamosas, ASH e WILDER (1942) concluíram que a excisão simples foi suficiente no tratamento de tais tumores, estando a enucleação indicada apenas se as recorrências persistem. Em apenas um caso da série destes autores, a morte foi atribuída ao tumor.

O tratamento conservador pela excisão local à qual pode ser associada a radioterapia, é geralmente o aceito. Por outro lado, segundo JONES e REESE (1953) a irradiação pode levar à necrose escleral focal que se complica com ulceração, iridociclite e glaucoma secundário. Supomos que a necrose escleral focal poderia facilitar a penetração intraocular pelo tumor. Outros autores como HILTON ROCHA (1955) tentaram a escleroplastia e outros têm tentado a ceratoplastia lamelar na tentativa de preservação do globo ocular. Realmente, as condutas conservadoras devem ser as adotadas no tratamento do carcinoma de células escamosas da conjuntiva, pois é do conhecimento geral que o tumor tem a tendência de se estender superficialmente, e que só muito raramente produz metastases generalizadas ou invade os linfáticos regionais. Todavia, fica com registro destes dois casos, lembrada a possibilidade da invasão intraocular e intraorbitária, bem como o envolvimento palpebral ou das lamelas corneanas profundas. Se, confirmados estes comprometimentos, torna-se imperativa a realização de cirurgia radical através a enucleação ou exenteração.

RESUMO

O autor descreve dois casos de invasão intraocular por carcinoma de células escamosas da conjuntiva. Em um deles, ocorreu concomitante invasão dos tecidos orbitários. A raridade dessas condições é enfatizada. A necessidade de cirurgia radical, caso tais envoltimentos profundos sejam demonstrados; é sugerida.

SUMMARY

Two cases of intraocular invasion by squamous cell carcinoma of the conjunctiva are reported. One of them showed invasion of the orbital tissues in addition to the intraocular invasion. The rarity of these conditions are emphasized as well as the need of enucleation or exenteration if such deep involvements are demonstrated.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — REIS — In Duke-Elder, S. System of Ophthalmology. Vol. VIII. Part II. (Diseases of the outer eye). Kimpton. London. P. 1168, 1965.
- 2 — REESE, A. B. — Tumors of the eye. Second edition. Harper and Row Publishers. New York, Evanston and London. p 24, 1963.
- 3 — GREER, C. M. — Limbal epithelioma with intraocular invasion. Brit. J. Ophth. Vol. 146, p 306, 1962.
- 4 — GREER, C. H. — Ocular Pathology. Blackwell Scientific Publications. Oxford. p. 84. 1963.
- 5 — HOGAN, M. J. and ZIMMERMAN, L. E. — Ophthalmic Pathology Atlas and Textbook. Philadelphia. Saunders. pgs 262 e 264, 1962.
- 6 — DUKE-ELDER, S. — System of Ophthalmology. Vol VIII. Part II. (Diseases of the outer eye). Kimpton. London, p. 1168, 1965.
- 7 — IRVINE, A. R. Jr. — Dyskeratotic epibulbar tumors. Tr. Am. Ophth. Soc. Vol. 61 p. 243, 1963.
- 8 — ASH, J. E. and WILDER, H. C. — Epithelial tumors of the limbus. Tr. Amer. Acad. Ophthal. Otolaryng. Vol. 46, p. 215, 1942.
- 9 — JONES, I. S. and REESE, A. B. — Focal scleral necrosis. A late sequel of irradiation. Arch. Ophth. Vol. 49, p. 633, 1953.
- 11 — ROCHA, H. — In Duke-Elder, S. System of Ophthalmology. Vol. VIII. Part II (Diseases of the outer eye). Kimpton. London. p. 1173, 1965.
- 11 — MENDEZ, R. F. — Carcinoma epidermoide conjuntival con invasion intraocular. (Presentación de un caso). Anales de la Sociedad Mexicana de Oftalmología. Vol. XLIII. Nº 4. p. 185. 1970.