

CANCER PRIMITIVO DA CÓRNEA (*)

CONTRIBUIÇÃO A CASUÍSTICA

Drs. LeÔNIDAS FERREIRA FILHO (**) e HEITOR MEDINA (***) - Curitiba

Os tumores epibulbares, muito bem situados por PAULO FILHO (1951), como sendo os localizados na conjuntiva bulbar, episclera, esclera, limbo e córnea; são classificados, por esse mesmo autor, em tumores de origem ectodérmica e os de origem mesodérmica.

Os tumores de origem ectodérmica são ainda divididos em epiteliais, melânicos e nervosos.

A presente comunicação versará sobre os tumores epiteliais e destes os cornianos.

POLEFF (1949), classifica os tumores epiteliais cornianos baseado no princípio histológico, de conformidade com atuais da oncologia geral, o qual se revela muito prático do ponto de vista clínico.

Assim Poleff os classifica em três grupos: — epitelioma inicial, epitelioma papilomatoso e epitelioma carcinomatoso.

Um epitelioma inicial pode evoluir para um papiloma mais ou menos típico, o epitelioma papilomatoso de sua classificação, ou então para um verdadeiro cancer, o epitelioma carcinomatoso.

Ainda, dentro deste conceito, o epitelioma papilomatoso pode ou não transformar-se em um epitelioma carcinomatoso, porém nunca o inverso se dará.

Revedo a bibliografia sobre os blastomas cornianos, vamos encontrar inicialmente o papiloma da córnea de VAN LINT (1921), VAN DUYSE (1923), apresenta um naevo carcinoma da córnea,

(*) Apresentado no IX Congresso Brasileiro de Oftalmologia — Cambuquira.

(**) Docente Livre de Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná.

(***) Da Divisão de Patologia Experimental do I.B.T.P. e da Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná.

DEJEAN (1927), quatro casos de epitelioma do limbo esclero corniano; GASTEW e WERPOUKHOVSKI (1935), um tumor corniano após traumatismo do epitélio e camadas mais anteriores do estroma corneal, porém o exame anatomo-patológico revelou tratar-se de um blastoma de origem na conjuntiva limbar; TORRES (1939), relata o caso de um tumor, epitelioma, o qual parte do limbo para ocupar quase toda a metade interna da córnea; MC GAVIC (1942), relata cinco casos de Doença de Bowen; HALBERTSMA (1947), insistindo sobre o caracter raro e particular dos tumores cornianos relata o caso de um papiloma da córnea; ESTERMAN, LAVAI, e OKRAI-NETZ (1949), relatam um caso de epitelioma intra-epitelial da córnea e conjuntiva (Moléstia de Bowen); TAUSSIG (1950), após apresentar um caso de um carcinoma da córnea ocasionado por um traumatismo devido a um estilhaço de pedra, conclui que o estilhaço de pedra pode de fato ocasionar um carcinoma da córnea, porém pergunta qual o modo de reparação corniana que se pode propôr nestes casos uma vêz que não se pratique a enucleação; FRANÇOIS, KLUYKENS e RABAEY (1951), falam sobre o tratamento e cura pela radioterapia de contacto numa observação pessoal sobre o epitelioma intra-epitelial da córnea e conjuntiva; GROM (1952), relata um papiloma da córnea consecutivo à conjuntite tracomatosa; ELEFTHÉRIOU e DJACOS (1952), relatam um caso de cancer primitivo da córnea com abundante documentação fotográfica, insistindo na raridade do cancer puramente corneal; FRONIMOPOULOS e VLACHOS (1953), descrevem também um tumor somente corniano, pois o mesmo está separado do limbo por uma faixa de córnea transparente, porém o exame anatomo-patológico demonstra tratar-se de um papiloma puro; BALEREAU (1954), apresenta em Nantes uma observação sobre um epitelioma da metade inferior do limbo esclero-corniano invadindo a córnea; HILTON ROCHA (1955), faz uma exposição brilhante sobre o que chamou de aventura «cirúrgica» ressecando um epitelioma gigante córneo-escleral, juntamente com a córnea e a esclera atingidas e fazendo um enxerto esclero-corniano penetrante.

Esta revisão rápida da bibliografia deve ter omissões e lacunas, motivo pelo qual pedimos aos colegas presentes perdoarem, bem como contribuirem para saná-las, o que antecipadamente agradecemos.

Passamos agora a apresentar a observação do caso que motivou esta nossa comunicação.

IDENTIFICAÇÃO: — J.M.V., filho de A.M.V., brasileiro, 42 anos, solteiro, cor parda, operário, residente em Adrianópolis, registro n.o 27.720.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: — O paciente consultou-nos há dois anos, quando constatamos uma úlcera superficial e central da córnea do Q. D., foi medicado com a terapêutica usual em semelhantes casos.

Um ano após, consultou o Dr. JÚLIO GARMATTED, oftalmologista, que como nós trabalha no Serviço de Olhos do Prof. LEÔNIDAS FERREIRA na Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. verificando então, êste nosso colega uma úlcera central da córnea.

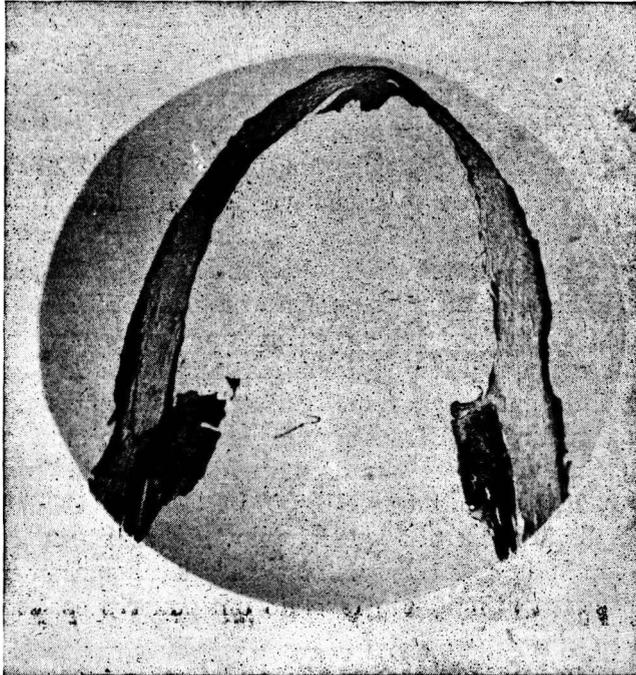


Fig. 1: — Micro-fotografia apresentando uma visão panorâmica da córnea.

Após seis meses volta a consultar o Dr. Garmatter, sendo então

notada uma pequeníssima tumoração na córnea localizada no campo pupilar do O. D., tumoração essa que rapidamente cresceu, tendo atingido em três meses o tamanho aproximado de 5 mm. quadrados, resolvendo então o colega agir cirurgicamente, convidando-nos para intervir e decidir em conjunto o ato operatório mais adequado no caso.

EXAME: — O. D. — Tumoração de cor branca (com tonalidade levemente rósea), de formato quadrado, tomando toda a área pupilar, porém um pouco descentrada para o lado das quatro horas.

Acuidade visual com a pupila dilatada: — visão no campo temporal.

CIRURGIA: — Resolvemos fazer a exeresse do tumor com lamelectomia superficial da córnea, fato concretizado com grande facilidade, porém constatamos ser a tumoração mais profunda do que inicialmente imaginávamos; assim fomos aprofundando a laminectomia sem conseguirmos atingir tecido são, apesar de adelgaçarmos o mais possível o estroma corniano, fig. 1. Temendo mesmo uma perfuração cornial, neste momento resolvemos fazer a enucleação, raciocinando ser preferível enuclear um olho suspeito de tumor maligno da córnea, uma vez não conseguida a exeresse total desse tumor e havendo o perigo de uma perfuração do estroma cornial, além de deixar um possível futuro foco de recidivas e metastases, pois BAILLIART e MAGITOT (1950), acham que em semelhantes casos se deve praticar a amputação do segmento anterior do globo ocular ou a enucleação; uma vez que, PAUL BONNET (1952), ao estudar os epitelomas carcinomatosos da córnea afirma: — ...«Finalmente a morte sobrevem por metástases».

ANATOMO-PATOLOGIA: — O material fixado em formal, a 10%, foi incluído em parafina, cortado na espessura de seis micra e corado pela hematoxilina e eosina.

O exame geral dos cortes mostraram zonas onde o epitélio anterior se apresentava fortemente hiperplasiado com células orientadas em várias direções, sendo que as situadas mais profundamente exibiam maior afinidade para o corante básico.

Nota-se nestes aspectos, fig. 2, modificação da polaridade celular e tendência ao aprofundamento para o córion do tumor; logo abaixo do epitélio anterior, observa-se grande infiltração do estroma por

células redondas, heterófilos e neo-formação de vasos, capilares e pré-capilares, os quais chegam em alguns lugares muito próximo à zona ocupada por uma neo-formação tecidual de aspecto malpighiano, fig. 2 e 3.

Na figura 3, ao contrário do que se observa na fig. 2, separando o epitélio anterior do estroma, vêem-se restos da Membrana de Bowman, a qual se acha destruída na figura 2, permitindo por isso considerar esta zona com mais tendência a invasão celular neoplástica.

Nas bordas sãs, fora do campo tumoral, o epitélio anterior se mostra também hiperplasiado, porém circundado pela membrana de Bowman ainda íntegra, fig. 4, ao passo que o estroma mostra densa infiltração inflamatória por células redondas e heterófilos, e, edema ao qual empresta aspecto «laxo».

As fig. 2 e 3 mostram claramente na profundidade do estroma o aspecto invasional e proliferativo de tecido Malpighiano neo-formado, cujas células exibem basofilia, figuras atípicas de mitose, perda de polaridade e tendência a formação de pérolas córneas.

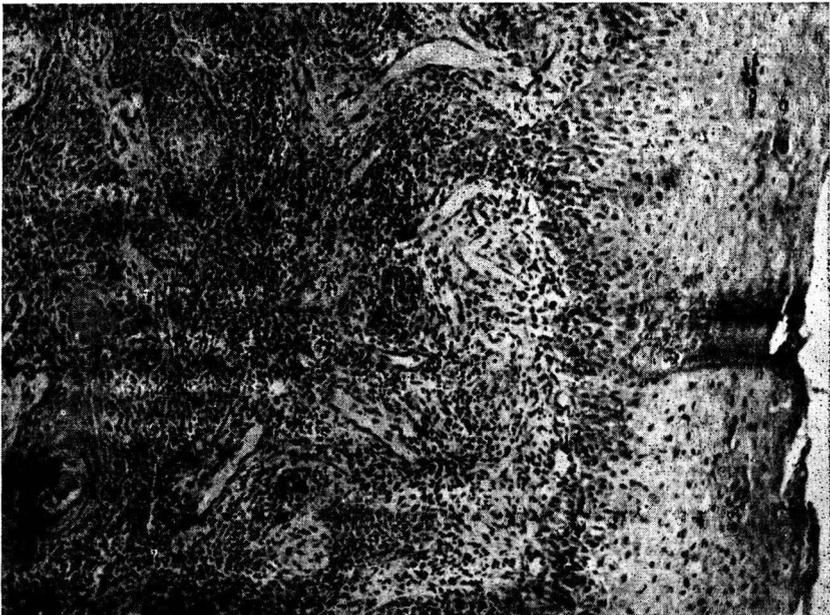


Fig. 2: — Micro-fotografia da região tumoral.

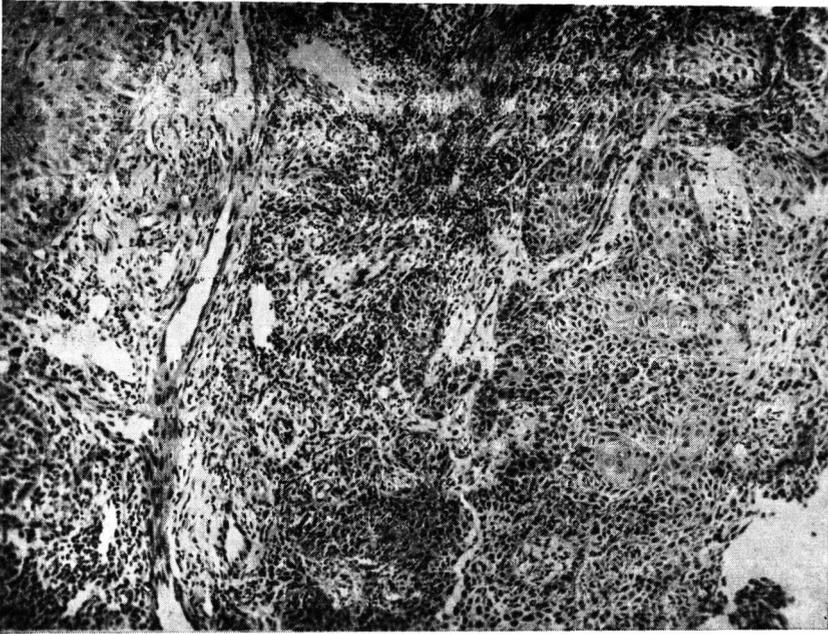


Fig. 3: — Micro-fotografia da região tumoral, vendo-se restos da Membrana de Bowmann.

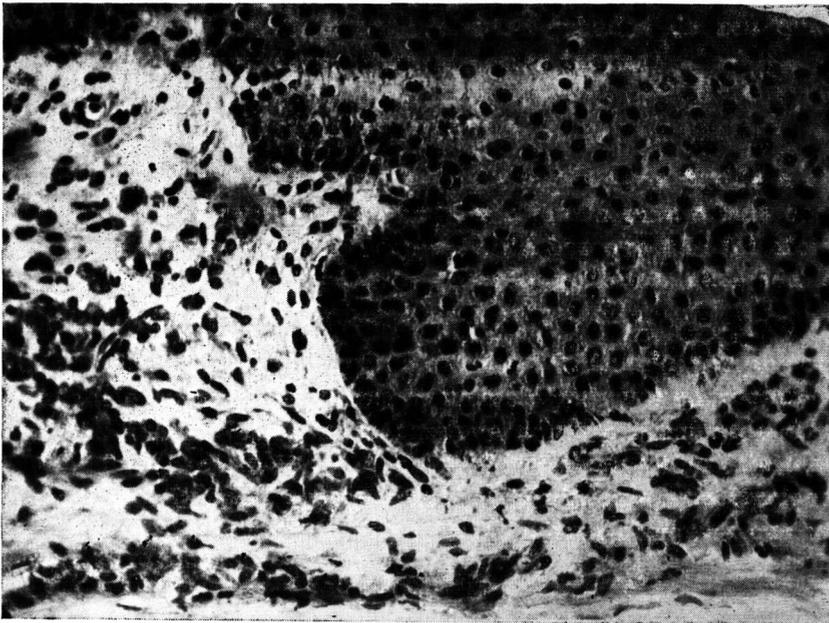


Fig. 4: — Micro-fotografia da borda sã, isto é fora do campo tumoral.