

TUMÔRES PRIMITIVOS DA ÓRBITA *

Dr. LUIS A. OSORIO ** — Porto Alegre

Este trabalho foi imaginado para dar uma impressão real do que tem sido o problema dos tumôres primitivos da órbita na Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Consta do nosso objetivo principal mostrar a grande necessidade de haver uma perfeita correlação clínica com o aspécto histopatológico dêstes tumôres.

Esta correlação exige que se faça um estudo minucioso da história de cada caso, de sua semiologia, patologia e evolução clínica.

Outro problema que devemos também salientar é a dificuldade do diagnóstico em certos tipos de tumôres primitivos da órbita, principalmente na sua fase inicial.

BENEDICT (2) grande autoridade neste assunto afirma que as Radiografias não revelam a exata extensão dos defeitos ósseos da órbita e os tumôres invasores não podem ser reconhecidos antes da operação.

Descreveu êle um método para analisar os sinais dos tumôres da órbita sob uma base anatomica e para tal deu à órbita três divisões cirúrgicas.

As três divisões anatômicas da órbita são: 1) Sub-periosteia; 2) Aquela entre o periósteo e o cône muscular; 3) Aquela dentro do cône muscular.

Considerou também a órbita em três diferentes zonas: Zona 1 (anterior); Zona 2 (média); Zona 3 (posterior). (Ver desenho: Diagrama da órbita).

* Apresentado no IX Congresso Brasileiro de Oftalmologia.

** Docente e Chefe de Clínica da Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre — Serviço do Prof. Ivo Correia Meyer.

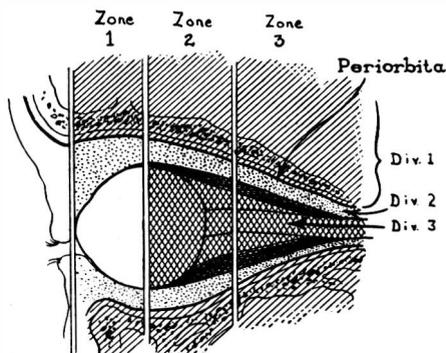


FIG. 1 (Benedict) A diagram of the orbit indicating an arbitrary division into three zones and their anatomic relation to the anatomic divisions

E' também de nosso propósito revelar a tendência para admitir que o problema dos tumôres da órbita ainda continua complexo e confuso, unicamente devido ao grande número de nomes existentes na literatura para designar um mesmo tipo de tumor.

Temos assim muitos exemplos:

- | | | |
|---|---|--|
| Para o tumor mixto da glândula lacrimal | } | <ol style="list-style-type: none"> 1) Tumor epitelial congênito (Verhoeff) 2) Endotelioma (Volkman) 3) Branchiomas (Cunéo e Veau) 4) Dysembryomas (Chevassu) 5) Adeno-sarcoma 6) Adeno-carcinoma 7) Chondro-epitelioma 8) Fibro-chondro-adenoma 9) Fibro-adenoma 10) Myxo-adenoma 11) Lympho-epitelioma 12) Angio-sarcoma 13) Sarcoma alveolar e endotelial 14) Cilindroma |
| Para o Meningioma . | } | <ol style="list-style-type: none"> 1) Psammoma 2) Endotelioma 3) Fibroma 4) Arachno-blastoma |

Para o Glioma peri- férico da órbita ..	{	1) Neurimoma 2) Neuro-fibroma 3) Schwannoma 4) Neurilemoma 5) Rankenneuroma
Para o Sarcoma da órbita (devido ao seu pleomorfismo)	{	1) Fibro-sarcoma 2) Sarcoma polimorfo 3) Rhabdomyosarcoma 4) Leiomyosarcoma

Finalmente, vamos tentar classificar os casos observados e mostrar a orientação terapêutica que foi seguida, pois são poucas na verdade, as oportunidades para colecionar observações de tumôres primitivos da órbita.

MENINGIOMA DA ÓRBITA

Ficha n.º 23.314. Clínica Oftalmológica. Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Paciente: B. R., com 15 anos de idade, sexo feminino, côr branca, brasileira, doméstica, natural e residente em Carasinho, Estado do Rio Grande do Sul. Data da consulta: 12-10-1951.

História da doença: Há 3 anos notou que seu olho esquerdo estava ficando saliente; não acusa dôres oculares ou diminuição de visão neste olho. Sente sòmente ligeira dôr de cabeça, localizada no mesmo lado do olho doente.

Exame oftalmológico: Percebe-se Exoftalmia direta no olho esquerdo de 25 mm., medida pelo Exoftalmometro de Hertel, não pulsátil e irreduzível. Pela palpação sente-se massa tumoral de consistência dura, palpável no bordo externo da órbita. Motilidade ocular extrínseca reduzida. Fundo do olho esquerdo: Atrofia post-estase, vasos turgidos e sinuosos. Agudeza visual OE = 1/6; OD = 1.

Exame Radiológico: Estruturas ósseas de aspécto normal. (Órbita esquerda).

Exame de Laboratório: Wassermann no sangue negativo.

Intervenção Cirúrgica: Feita em 16-2-1951 (Prof. Corrêa Meyer, Drs. Costa Gama e Esteves) consistiu na retirada total dum tumor encapsulado. A implantação do tumor era no ápice orbitário (Técnica Transpalpebro-conjuntival).

Exame Anátomo-Patológico: Praticado em 21-2-1951 teve o seguinte resultado: (Exame n.º 1.951, Laboratório de Histo-Pathologia do Hospital São Francisco).

Exame Macroscópico: A peça é recoberta por uma cápsula facilmente destacável, mede 3 cm x 3 cm x 2 cm e tem consistência pouco firme. Na superfície de corte, a porção interna se apresenta em parte desintegrada e de coloração branca pardacenta. (Ver fotografia do tumor).

Exame Microscópico: Nos cortes vê-se um tecido em que os núcleos têm formas muito irregulares, apresentando tendência à formar paliçadas, lembrando o aspecto do neurinoma. Os vasos do tumor, em geral têm as paredes alteradas por degeneração hialina ou fibrinóide. Há proliferação de tecido fibroso e foram encontrados 2 corpos psamomatósos. Por êste último aspecto o tumor aproxima-se dos Meningiomas. (Ass. Drs. Heitor Cirne Lima e Carlos Oswaldo Degrazia).

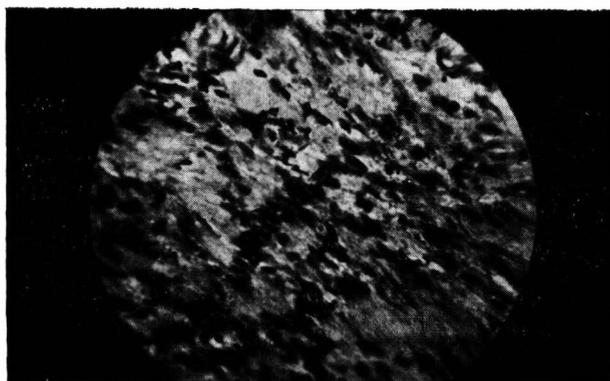
Evolução: A paciente teve alta em 22-12-1951 e não mais voltou ao Ambulatório do Servilho de Olhos.



Fotografia da Superfície de Corte



Microfotografia mostrando, no centro, um corpo psamomatoso, formação que pode ser encontrada nos Meningeomas.



Microfotografia na qual se nota a tendência para a formação de paliçadas. Aspécto de Neurinoma.

COMENTÁRIO

Pode-se classificar os Meningiomas da órbita em primitivos e secundários, êstes últimos com propagação endo-craneana.

O caso observado tratava-se de Meningioma primitivo da órbita, mais raro de ser encontrado.

À despeito dos autôres clássicos declararem que êstes tumôres são particulares aos adultos, idade entre 40 e 50 anos, encontra-se também casos em crianças, como nesta nossa observação, paciente de 15 anos.

E' muito difícil fazer um recenseamento estatístico dos Meningiomas da órbita existentes na literatura, devido aos diferentes nomes dados à êstes tumôres.

Ao analisar a sintomatologia desta variedade de tumor verifica-se que a exoftalmia sempre precede às alterações visuais, exceção quando o Meningioma se desenvolve no próprio canal ótico.

O Exame Radiológico é de grande importância para o diagnóstico quando existe hiperostose do teto da órbita ou aza do esfenoide.

DANDY (8) classifica os Meningiomas da órbita da maneira seguinte:

- a) Meningioma da órbita sem sinais Radiológicos (raros, como na presente observação;
- b) Meningioma da órbita com sinais Radiológicos (Opacificação do Tumôr por calcificação).

Sob o ponto de vista histo-patológico adotamos a seguinte classificação para êstes tumôres:

- 1 — Tipo Meningo-endoteliomatoso
- 2 — Tipo Fibroblástico
- 3 — Tipo Psammomatoso

O Meningioma primitivo da órbita aqui estudado, é do tipo Psammomatoso.

TUMÔR DO NERVO ÓPTICO

Ficha n.º 10.254. Clínica Oftalmológica. Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Paciente: R. B., com 51 anos de idade, cõr branca, brasileira, doméstica, residente nesta Capital, Rua Fabrício Pilar, 336.

Data da consulta: 12-3-1940.

História da doença: Declara que há 2 anos vem OD crescendo lentamente. Não tem dôres. A visão neste olho vem diminuindo bastante de 5 anos para cá.

Exame Oftalmológico: Percebe-se edema da pálpebra superior do OD com grande Exoftalmia. O exame do fundo de olho direito acusa estâse papilar. Agudeza visual OD = 0,2; OE = 1.

Evolução: Em 3-4-1940 foi operado um tumôr do nervo óptico em OD pela Técnica de Lagrange, transpalpebro-conjuntival (Prof. Corrêa Meyer e Dr. Assis Brasil).

Resultado do Exame Anátomo-~~P~~atológico E.4/40.

«No material enviado foram encontrados fôcos e cordões de um tumôr rico em células e em vasos, cheios de sangue que apresenta, em grande parte, estrutura tubular, de aspécto epitelial, e, em vários pontos, formações em rosetas. No nervo óptico há degenerações das fibras, destruição de mielina, vasos cheios de sangue, numerosos fôcos de hemorragia e hiperplasia do tecido intersticial».

Diagnóstico: ESPONGIOBLASTOMA (Glioblastoma imaturo).

Em 26-6-1940 Novamente operada dum tumôr orbitário (recidiva). Evisceração da órbita, com conservação das pálpebras (Prof. Corrêa Meyer e Dr. Assis Brasil). O tumôr se prolonga para a cavidade craniana.

COMENTÁRIO

Deve-se notar uma peculiaridade na evolução clínica deste caso de GLIOBLASTOMA IMATURO, o tumôr apareceu relativamente tarde. Idade do paciente: 51 anos.

Os Gliomas do nervo óptico, em geral, são tumôres da infância (1.^a década), e na literatura é conhecida a sua evolução lenta, considerados por êste motivo como benignos.

Na presente observação o progresso foi rápido, havendo prolongamento para a cavidade craniana.

Até hoje não existe uniformidade de pontos de vista sôbre a histo-patologia dos Tumôres do nervo óptico.

Alguns tendo à frente Grinker consideram os Gliomas do nervo óptico como ESPONGIOLASTOMAS, outros com Bailey, Hermann e mais recentemente Davis, como Astroцитomas.

HEMANGIOMA DA ÓRBITA

Ficha n.º 2.485. Paciente: L. A. S., com 32 anos de idade, côr branca, solteira, brasileira, doméstica, residente em Rio Pardo, Estado do Rio Grande do Sul.

Data da consulta: 9-8-1939.

História da doença: Há dois meses vem crescendo o olho esquerdo. Sente dôres na região supra-orbitária. Perdeu a visão do olho esquerdo.

Exame Oftalmológico: Percebe-se Exoftalmia no olho esquerdo. Inoculação da fenda palpebral (lagofthalmia). Paresia dos músculos oblíquos e paralisia total dos músculos retos em OE. Pupila rígida, em midriase média. Amaurose absoluta em OE. Agudeza visual normal em OD. Fundo de olho: Papila e retina pálidas, com focos hemorrágicos em OE. No olho direito: Pequena lesão atrófica periférica de cório-retinite.

Evolução: Em 12-8-1939 Foi operada dum tumor retro-bulbar. Operação de Kroënlein (Prof. Corrêa Meyer, Dr. Oscar Brasil e interno Shermann). Resultado do exame anátomo-patológico: HEMANGIOMA (Ver fotografia).

Em 11-10-1939 Fez operação de plástica palpebral a fim de corrigir a ptose parálitica da pálpebra superior.

Em 7-6-1940 Voltou ao Serviço queixando-se de dôres de cabeça, principalmente à esquerda. Wassermann no sangue positivo em 2-7-1940, instituído tratamento anti-sifilítico.

Ficha n.º 1.294. Clínica Oftalmológica. Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Paciente: C. I., com 32 anos de idade, côr branca, brasileira, doméstica, residente nesta Capital, à Rua Mariante, 600.

Data da consulta:

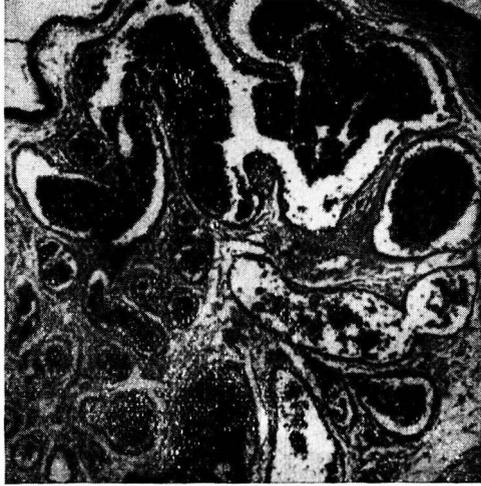
História da doença: Há 3 anos nota que seu olho esquerdo está mais proeminente, sendo que tem dias que essa proeminência diminue.

Exame Oftalmológico: Exoftalmia direta e irreduzível do olho esquerdo. Motilidade ocular conservada. Ausência de dôres.

Evolução: Em 19-3-1935 Foi extirpado um tumor angiomaso retro-bulbar com conservação do globo ocular (Prof. Ivo Corrêa Meyer e Dr. Gastão Torres).



Ficha n.º 2.485



Hemangioma cavernoso (órbita)
Ficha n.º 1.294



Ficha n.º 1.294

Em 30-3-1935 Alta à pedido. Globo ocular desviado para dentro. Estrabismo convergente. Agudeza visual normal em ambos os olhos.

Em 1-3-1935 Resultado do exame anátomo-patológico: **HEMANGIOMA CAVERNOSO** (Dr. Waldemar de Castro). (Ver fotografia e microfotografia).

Em 10-3-1935 Operada do estrabismo convergente paralítico. Tenotomia do reto interno (Prof. Corrêa Meyer e Dr. Gastão Torres).

Em 9-5-1935 Encurtamento do reto externo pelo processo clássico (Prof. Corrêa Meyer e Dr. Gastão Torres), devido às aderências do músculo e globo ocular com a cápsula de Tenon.

COMENTÁRIO

Indiscutivelmente os **Hemangiomas** são os tumores primitivos da órbita mais comuns de serem encontrados. Participamos da afirmação de Offret (19) de que o **Hemangioma Cavernoso** da órbita é sobretudo um tumor das pessoas adultas acima de 25 anos, tumor este bem delimitado que o dedo introduzido na órbita circunscreve mais ou menos facilmente seu volume, sede e as aderências do néo-plasma.

Numa das nossas observações (Ficha n.º 2.485) encontramos a Sífilis como fator talvez predisponente.

Na observação da Ficha n.º 1.294 verificamos o mesmo fato também observado por outros autores, a extirpação do Hemangioma Cavernoso acarreta quasi sempre paralisias dos músculos oculares, necessitando posteriores correções.

TUMÔR MIXTO LACRIMAL

Ficha n.º 9.784. Clínica Oftalmológica. Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Paciente: E. A., com 24 anos de idade, sexo feminino, brasileira, côr mixta, doméstica, residente nesta Capital, à Rua Maryland, 127. Data da consulta: 11-12-1942.

História da doença: Há quatro anos deu uma batida na região frontal direita. Há três anos começou à inchar (sic) a mesma região direita. Notou que o olho estava saltando da órbita direita. Sente dôres neste olho e região frontal.

Antecedentes pessoais e hereditários: Sem particularidades.

Exame Oftalmológico: Percebe-se enorme Exoftalmia em OD (Ver fotografias) a qual, medida pelo Exoftalmometro de Hertel, acusou ser de 35 mm. Motilidade extrínseca do globo ocular ausente. Olho imobilizado devido à presença da grande massa tumoral, que faz com que êle se desloque para baixo.

Devido à enorme Exoftalmia a paciente já teve sinais de úlcera perfurada da córnea e hérnia da íris pela falta de oclusão da fenda palpebral (lagoftalmia), mas agora persiste um leucoma aderente na porção central da mesma córnea (Ver fotografias). Agudeza visual: OD dedos à 0,50 cms.; OE 2/3. Fundus óculi: OD impossível devido à presença do leucoma central; OE normal.

Exame Neurológico: Paciente lúcida, atenta, coerente, orientada auto e alo-psiquicamente. Humôr e memória de fixação, conservados. Paciente bem nutrida. Grande Exoftalmia à direita, irreduzível, indolor à pressão, sem apresentar pulsações. Pela palpação nota-se massa tumoral sólida debordando o rebordo orbitário e comprimindo o globo ocular para baixo. Globo ocular quando de olhos fechados fica em lagoftalmia. Crâneo: Simétrico. Indolor à palpação e pressão. Pares craneanos: Paralisia dos nervos motor ocular comum, patético, motor ocular externo e trigemeo (perda da sensibilidade corneana à direita). Provas cerebelares normais. Movimentos passivos dão a impressão de tonus normais e simétricos. Reflexividade ósteo-tendinosa, normal e simétrica. Cutânea normal. Sensibilidade geral normal. Funções trófo-neuro-vegetativas normais.

Exame Radiológico: Normal a estrutura óssea da cavidade orbitária D (5-4-43). Em 26-7-1955 foi solicitada nova radiografia,

tendo vindo o seguinte resultado: «Grande tumôr da região orbitária D, verificando-se destruição da pequena aza do esfenóide, da fenda esfenoidal, dos contôrnos superiores e laterais da órbita com deslocamento caudal da parede inferior. Verifica-se destruição parcial do malar D. Opacificação do seio frontal D por invasão tumoral».

Intervenção Cirúrgica: Feita em 7-1-1943 pelos Professores Corrêa Meyer e Eliseu Paglioli com a colaboração do Dr. Umberto Lubisco, consistindo numa ligadura prévia e provisória da carótida interna D e Ablação total do tumôr orbitário (Ver fotografias).

Exame anátomo-patológico: Praticado em 22-1-1943 teve o resultado seguinte: «Os cortes demonstram que se trata dum processo blastomatoso, constituído por tecido mucóide e conjuntivo jovem. Diagnóstico: MIXO-SARCOMA (Assinado: Dr. Waldemar de Castro).

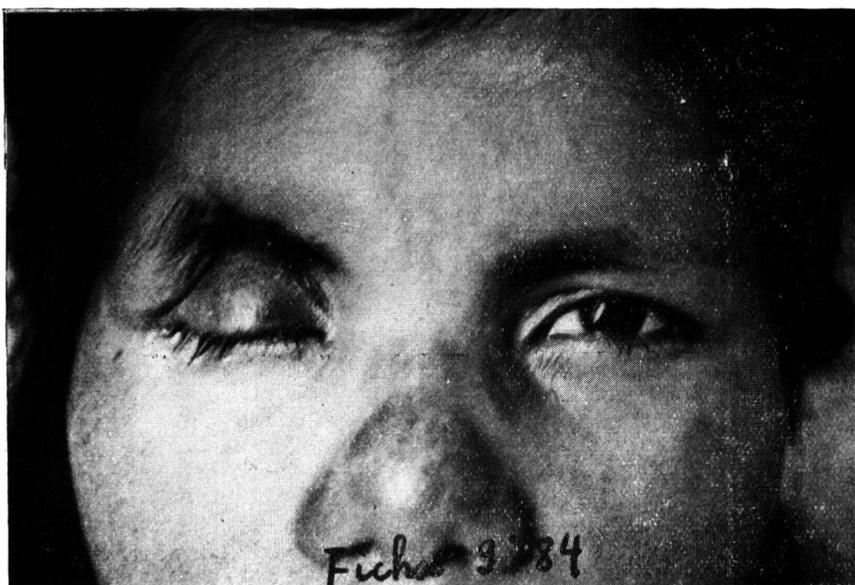
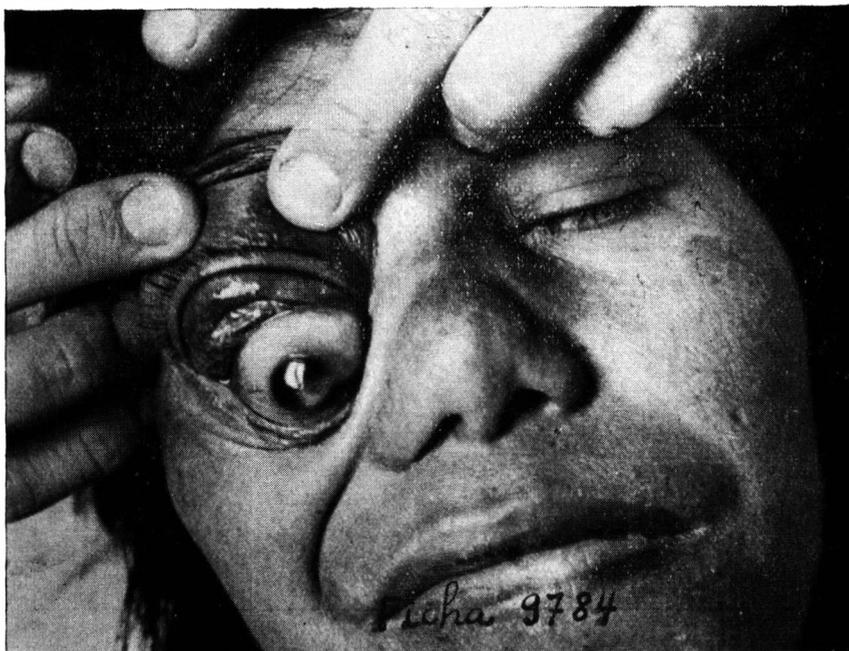
Em 21-9-1949 (devido à nova recidiva do tumôr foi feita visceração da órbita e então solicitado novo exame histo-patológico, tendo vindo o seguinte resultado: ENDOTELIOMA (Assinado Dr. Gorki Mecking de Lima, Patologista).

Em 22-12-1950 em consequência de outra recidiva foi solicitado mais outro exame histo-patológico. Resultado do exame anátomo-patológico AP 2.749-49.

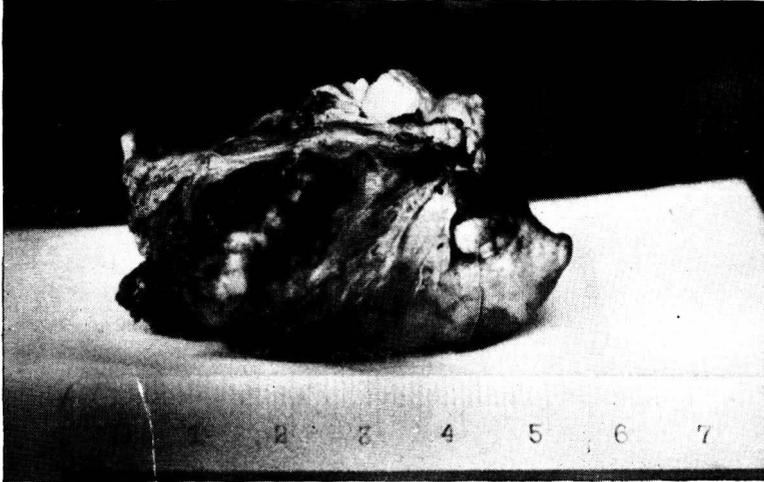
Exame macroscópico: Diversos fragmentos de tecidos de cor vermelha com áreas esbranquiçadas. A consistência é dura e elástica, o maior mede cerca de 6 x 4 x 3 cms. e encerra um nódulo de cor negra envolvido por cápsula branca.

Exame microscópico: Os fragmentos de tecidos são constituídos por células um pouco alongadas ou ovóides de citoplasma fino e núcleos relativamente claros, deixando perceber nucléolos. Arranjam-se por vezes constituindo vasos. (Assinado: Dr. Gorki Mecking de Lima). (Ver microfotografia).

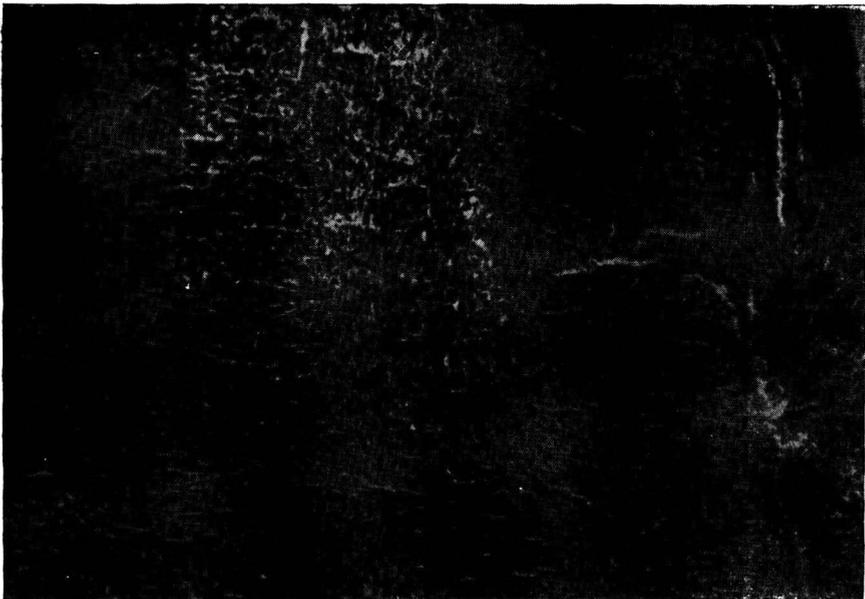


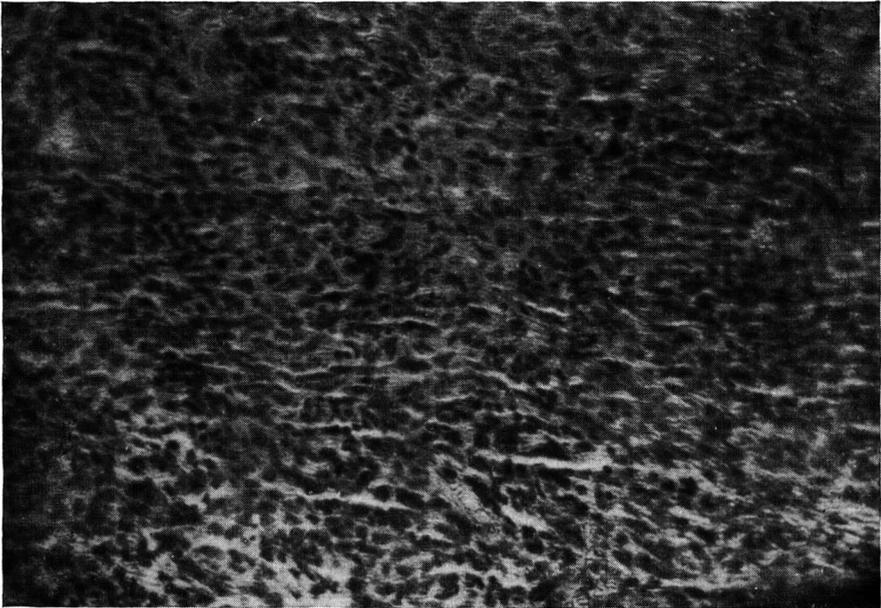


Após a operação feita em 7-1-1943
(Ablação total do tumor orbitário)



Aspécto Macroscópico do Tumôr





Evolução: Desde a data de 11-12-1942 que a paciente vem sendo observada minuciosamente na Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina.

Conforme pode-se acompanhar pela descrição acima a enorme Exoftalmia do olho direito foi o motivo da primeira consulta.

Em 7-1-1943 foi operada e feita a ablação total do tumor com ligadura prévia da carótida.

Em 30-1-1943 Formou-se úlcera da córnea.

Em 4-2-1943 Úlcera da córnea, hérnia de íris. Leucoma aderente. Alta à pedido. Curativos no Ambulatório.

Em 26-8-1949 Reprodução do tumor orbitário à D. Evisceração. Operada novamente.

Em 26-9-1949 Terminou a série de aplicações de Radioterapia profunda.

Em 26-10-1949 Recomeçou outra série de Radioterapia profunda.

Em 30-8-1949 Fez um milhão e quinhentas mil unidades de Penicilina em virtude dum processo inflamatório.

Em 18-1-1950 Retirada dum dreno de gaze da cavidade orbitária direita.

Em 26-7-1955 Nova reprodução do tumôr. Destruição da pequena aza do esfenóide e fenda esfenoidal, dos contôrnos superiores e laterais da órbita com deslocamento caudal da parede inferior. Destruição parcial do malar D e opacificação do seio frontal D por invasão tumoral. Metástase tumoral para o quadril do lado direito.

COMENTÁRIO

Estamos diante de um caso de tumôr orbitário classificado pelos histo-patologistas de MIXO-SARCOMA em 22-1-1943 e de ENDOTELIOMA em 21-9-1949 e 22-12-1950, respectivamente.

Êles basearam-se nos seguintes achados:

«Os cortes demonstram que se trata dum processo blastomatoso, constituído por tecido mucóide e conjuntivo jovem» e que «os fragmentos de tecidos são constituídos por células um pouco alongadas ou ovóides de citoplasma fixo e núcleos relativamente claros, deixando perceber nucléolos. Arranjam-se por vezes constituindo vasos».

Ao estudar a literatura mais recente relativa à êstes tumôres vemos que as discussões sôbre sua natureza histo-patológica é das mais confusas.

A escola alemã admite que êstes tumôres tenham uma única origem mesodérmica e por esta razão dão o nome de ENDOTELIOMAS.

A escola francesa, admite pelo contrário uma teoria dualística, que êles sejam de origem êcto-mesodérmica e denominam de TUMÔRES MIXTOS.

O estudo histológico revela a extrema importância que toma nestes tumôres o elemento epitelial, quer seja malpighiano ou cilíndrico.

O tumor mixto lacrimal é doença do adulto jovem se desenvolvendo em alguns casos espontaneamente, outras vezes, acusam um traumatismo como sendo a origem do tumor, como aconteceu na nossa observação (Ficha n.º 9.784).

TUMOR MIXTO LACRIMAL

Ficha n.º 17.684. Clínica Oftalmológica. Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Paciente: A. O., com 18 anos de idade, cor branca, doméstica, natural e residente em Araranguá, Estado de Santa Catarina. Data da consulta: 22-3-1948.

História da doença: Há três meses acusa exteriorização do globo ocular direito, não tem dores, nem inflamação. Não revela nenhum traumatismo.

Exame Oftalmológico: Percebe-se Exoftalmia do olho direito, para baixo e para dentro (lado nasal). Existe paralisia da elevação, parestesia da abdução e adução. Palpa-se o tumor ao nível do bordo orbitário superior, setor externo. Ele possui consistência dura, com prolongamento profundo, mobilizável. Fundo de olho: OD Papila de estase.

Intervenção Cirúrgica Foi praticada em 23-3-1948 uma Orbitotomia simples com extração digital em totalidade do tumor. (Prof. Corrêa Meyer, Drs. Luis Osorio e Araujo Azambuja). Anestesia geral pelo Ciclopropano (Dr. Afonso Fortins).

Exame anátomo-patológico: AP 1.846-48. Resultado: CARCINOMA BASOCELULAR (HIDRO-ADENÓIDE) (Ver microfotografia).

Evolução: Em 25-3-1948 Iniciou tratamento com Penicilina (2 milhões) devido um trajeto fistuloso.

Em 25-5-1948 Por ocasião da curetagem da fístula retirou-se um fragmento de gaze alojado na órbita. Colocado dreno.

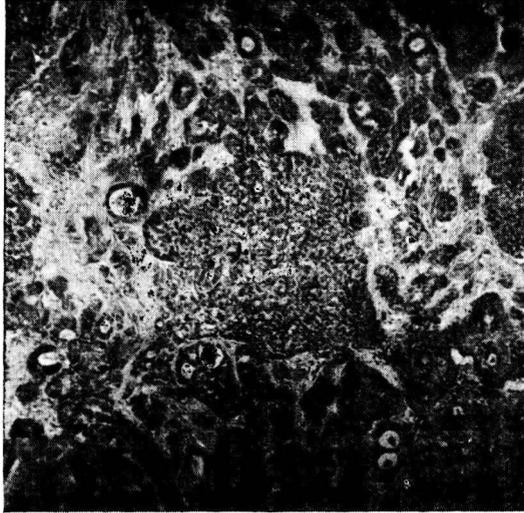
Em 26-6-1948 Retirada do dreno. Pomada de Sulfa.

Em 5-7-1948 Alta. Curada clinicamente.

Em 13-6-1949 Volta ao Serviço com reprodução orbitária do tumor. Indicado Radioterapia profunda.

Em 6-10-1949 Terminou a série de aplicações de Radioterapia sem conseguir melhoras nítidas.

Em 8-10-1949 Alta à pedido.



COMENTÁRIO

As observações de tumôres da órbita para terem valôr necessitam além do exame histo-patológico um exame clínico completo do caso e só então é que podem ser diagnosticadas e classificadas.

A maioria das observações publicadas de tumôres mixtos lacrimais são de casos seguidos insuficientemente.

Offret no seu brilhante livro «LES TUMEURS PRIMITIVES DE L'ORBITE» pag. 340 chega mesmo à dizer «**vê-se muitas vezes a história clínica se terminar por estas palavras: o doente foi revisto no fim de três ou seis meses, o estado local era excelente, cura.**».

A evolução e prognóstico dum tumôr não pode ser julgada sòmente em seis ou oito meses de observação, nem mesmo num ou dois anos.

Nos tumôres mixtos afirma Offret e nossa experiência confirma que devido à extrema lentidão da evolução êste prazo deve ser mais prolongado.

E' também conhecida a tendência invasora das recidivas nestes tumôres e a facilidade delas atingirem os óssos (tumôres osteófilos), fato observado na observação da Ficha 9.784.

E' fato bem conhecido que a morfologia do tumôr mixto lacrima é constituída de elementos ora epiteliais, ora conjuntivais. Esta forma das células epiteliais pode variar: **cúbicas**, **cilíndricas** ou **cilindro-cúbicas** ou ainda **Hidro-adenóides**, como no caso da observação da Ficha n.º 17.684.

GLIOMA PERIFÉRICO ISOLADO DA ÓRBITA

Ficha n.º 28.990. Clínica Oftalmológica. Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Paciente: G. M., com 12 anos de idade, sexo feminino, brasileira, côr branca, escolar, natural e residente no 6.º distrito de Lagoa Vermelha, Estado do Rio Grande do Sul. Data da consulta: 25-3-1955.

História da doença: Há mais ou menos três anos começou a notar ligeiro aumento de volume no olho direita, aumento este que foi progredindo lentamente. Sempre enxergou bem com ambos os olhos, até o momento que observou diminuição da visão neste olho, juntamente com êste aumento de volume acima referido. Declara nunca ter sentido dores em OD.

Antecedentes pessoais e hereditários: Sem particularidades.

Exame Oftalmológico: Nota-se pela inspeção grande Exoftalmia direta em OD (Ver fotografia), a qual medida pelo Exoftalmetro de Hertel acusou ser de 32 mm. Motilidade extrínseca conservada, reações pupilares normais.

Pela apalpação percebe-se massa tumoral debordando o rebordo orbitário na sua porção supero-extrema. Agudeza visual: OD dedos à 1mt,50; OE 2/3. Fundo de olho em OD Estáse papilar de I dioptria; OE normal.

Exame Neurológico: Paciente lúcida, atenta, coerente, orientada auto e alo-psíquicamente. Humor e memória de fixação, conservados. Inspeção: Paciente bem nutrida e desenvolvida para sua idade, com grande Exoftalmia à direita, irredutível, indolor à pressão, sem apresentar batimentos ou pulsações, apresentando à palpação no quadrante supero-externo da órbita, solução de continuidade por tecido mole rugoso que não dá a impressão de ter continuidade com o osso.

Circulação de retorno palpebral muito desenvolvida. Globo ocular quando de olhos fechados, completamente protegidos pela pálpebra. Pela elevação da pálpebra nota-se no bordo externo do globo ocular intensa circulação de retorno que chega a fazer saliência (Angioma?). Hipcremia conjuntival. Nota-se também grande hiperemia com má formação venosa na face interna da pálpebra superior.

Crânio: Simétrico. Indolor à palpação e pressão. Pares craneanos: As alterações do globo ocular direito já foram acima referidas. Depois de varios dias de observação pôde-se observar discreta paresia do musculo reto superior, reto externo e grande oblíquo do olho direito. Abolição do reflexo corneano em OD. Hipostesia

do ramo oftálmico à direita. Demais pares craneanos íntegros. Marcha normal. Movimentos ativos presentes em todos os segmentos. Fôrça conservada. Provas cerebelares normais. Movimentos passivos dão a impressão de tonus normais e simétricos. Reflexividade ósteo-tendinosa, normal e simétrica. Cutanea normal. Sensibilidade normal. Funções trofo-vegetativas normais.

Exame Radiológico: Radiografia de crâneo com incidência especial para buracos ópticos. Estruturas ósseas sem apresentar alterações radiológicas.

Contornos de ambas as fendas esfenoidais, nítidas. Canais ópticos de dimensões normais, notando-se menos visibilidade do direito, devido à superposição do tumor de tecidos moles. A incidência de Hirtz não mostra alterações na base do crâneo.

Arteriografia cerebral: Normal.

Exames de laboratório: Hemograma. Reações sorológicas para o diagnóstico de lues. Intradermo reação de Casoni. Hemo-sedimentação. Exame comum de urina normais.

Intervenção Cirúrgica: (Praticada pelos Drs. Dahne, Luis Osório, Ferrari e interno Schelp). Técnica de Kröenlein.

Paciente em posição sentada, apóio occipital. Infiltração das partes moles com Novocaina e bordos palpebraes. Blefarorrafia prévia. Incisão em forma de meia lua na região supra-orbitária direita. Trepanação e rebatimento de pequena porção da referida parede, descobrindo a massa tumoral encapsulada. Luxou-se a massa tumoral que localizava-se imediatamente atrás do globo ocular, sem envolver o nervo óptico. Devido à dificuldade em retirar o tumor completo, isto é, com a cápsula, procedeu-se à enucleação extra-capsular. Após, retirada completa da massa tumoral e de sua cápsula; explorando a cavidade orbitária palpou-se o nervo óptico íntegro. O músculo reto externo foi então suturado com a sutura de Peters. Hemostasia boa. Refez-se os planos retro-oculares com catgut. Fixação do retalho ósseo com seda, deram-se pontos no periósteo. Fechamento das massas musculares por pontos de catgut. Fechamento da pele por pontos de seda.

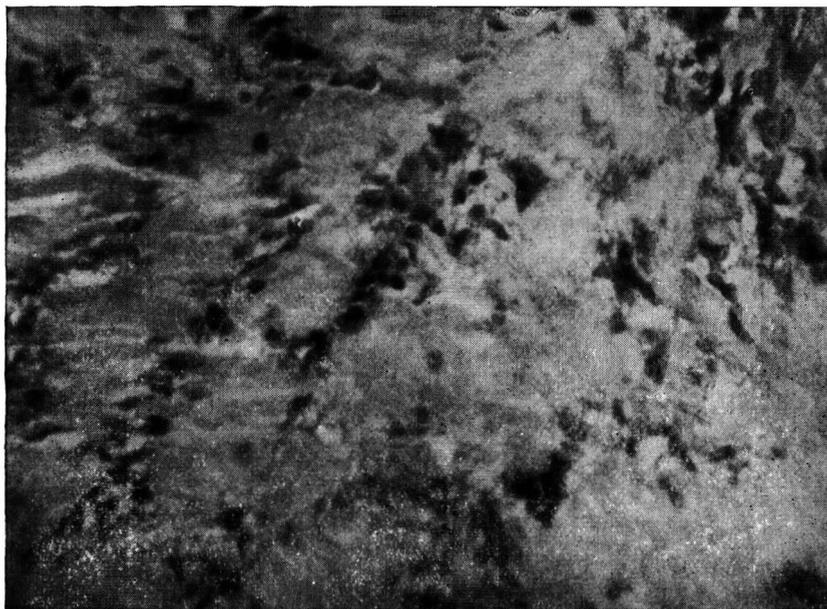


Fotografia da paciente

Ficha n.º 28.990



Ficha n.º 28.990



Ficha n.º 28.990

Exame anátomo-patológico: A P 9164-55 Cátedra de Anatomia e Fisiologia Patológicas. Diretor: Professor Paulo Tibiriçá. Qualidade da peça: Tumôr retro-ocular encapsulado.

Exame Macroscópico: Quatro fragmentos de tecido, de forma irregular, em parte nodosos, medindo o maior cerca de 1,8 x 1,5 x 3 cms.. Consistência dura e elástica e côr parda amarelada clara. Superfície de corte amarela pardacenta muito clara, finamente granulosa.

Exame Microscópico: O tecido é constituído por feixes muito tortuosos de fibras colágenas tendo ao lado fibroblastos cujos núcleos formam duplas paliçadas (Ver microfotografias). Diagnóstico: NEURILEMOMA (Assinado: Prof. Paulo Tibiriçá). As microfotografias foram tiradas devido à gentileza do Professor Manoel de Oliveira, do Instituto Agrônômico do Sul, da cidade de Pelotas.

COMENTÁRIO

Em consequência, nestes últimos tempos, de melhores conhecimentos de histo-patologia sôbre tumôres da órbita, foi possível aos autores classificar êstes néoplasmas como de origem nervosa.

Exceção do nervo óptico, êles tomam nascimento nas células das bainhas de Schwann dos diferentes nervos da órbita, sendo variável a preferência pelo nervo atingido, algumas vezes nervo supra-orbitário, outras vezes nervo lacrimal, nervo infra-orbitário ou até mesmo o nervo ciliar.

Foram dados diferentes nomes para esta mesma especie de tumôres de origem nervosa: NEURILEMOMA, NEURO-FIBROMA, SCHWANNOMA, NEURINOMA, RANKENNEUROMA e GLIOMA PERIFÉRICO DA ÓRBITA.

Somos partidários do termo de Glioma Periférico da Órbita, adotando a classificação proposta por Paufigue e Offret em três tipos:

- a) Glioma periférico isolado da órbita;
- b) Glioma periférico da órbita com localização intra-ocular;
- c) Glioma periférico da órbita associado à outras localizações.

Na clínica descreve-se dois aspéctos: um exteriorizado acessível à palpação, desenvolvendo-se na parte anterior da cavidade orbitária, acima do globo ou lateralmente; outro profundo, retro bulbar, alojado no cône muscular ou sua vizinhança e de evolução muito lenta, como foi o caso da observação acima descrita (Ficha n.º 28.990).

A despeito da enorme exoftalmia e distensão dos tecidos da órbita não se observam dôres nestes pacientes, mesmo quando o tumor cresce à partir dum nervo sensitivo.

François (19) e Valude (19) citados por Offret consideram êste fato excelente sintoma para o diagnóstico da natureza nervosa da néoformação.

O Glioma Periférico da Órbita é independente do nervo óptico, comprimindo-o mas sem penetrá-lo.

Quando o tumor toma proporções gigantescas, em virtude de o paciente não querer se deixar operar aparecem então complicações, tais como: Ulceração trófica da córnea com perda do globo ocular, paralisias óculo-motoras, compressões do nervo óptico, exoftalmia enorme.

Todas estas complicações são puramente mecânicas devido ser o Glioma Periférico da Órbita um tumor benigno, não recidivante.

A Radioterapia profunda é totalmente ineficaz e até mesmo perigosa, em razão dos acidentes hemorrágicos que pode desencadear nestes tumores, tão ricos em néo-vasos, por ocasião do ato cirúrgico.

SARCOMA DA ÓRBITA

Ficha n.º 19.158. Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Paciente: C. S. G., com 68 anos de idade, sexo feminino, casada, espanhola, côr branca, doméstica, residente na cidade de Pelotas, Rua Major Cícero n.º 102. Data da consulta: 6-5-1949.

História da doença: Há seis meses nota que OD está mais proeminente. Não acusa dores.

Exame Oftalmológico: Nota-se pequena Exoftalmia em OD. Mobilidade do globo ocular conservada. Fundo de olho normal. Agudeza visual em OD = 1/2; em OE = 1.

Evolução: Em 7-5-1949 foi operada dum tumor primitivo da órbita, sendo praticada ablação total (Professor Corrêa Meyer, Drs. Luis Osório e Paulo Esteves). Resultado do exame anátomo-patológico: **Reticulo-endotelioma.**

Em 17-5-1949 solicitado Radioterapia profunda.

Em 18-5-1949 fez a primeira aplicação de Radioterapia.

Em 21-5-1949 reprodução tumoral ou hematoma? Punção negativa.

Em 23-5-1949 fez quatro aplicações de Radioterapia. O tumor aumenta. Foi consultado o Radioterapeuta que informou já ter feito 1.000 R e julgando que há necessidade de mais alguns dias de observação. Caso o tumor continue à progredir, concorda então com a evisceração da órbita.

Em 14-6-1949 fez duas aplicações de Radioterapia profunda nos ganglios cervicaes à direita.

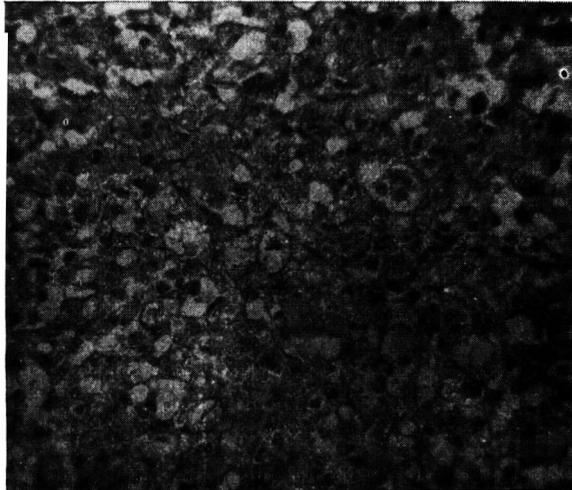
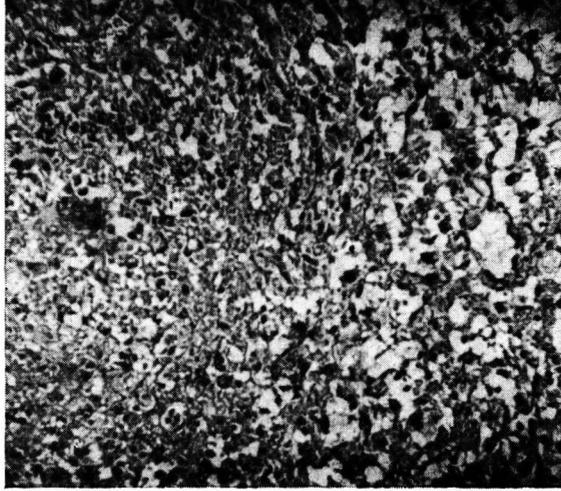
Em 24-6-1949 completou a dose: 2.000 R sôbre os ganglios cervicaes.

Em 19-7-1949 foi novamente operada. Evisceração da órbita (Professor Corrêa Meyer, Drs. Luis Osório e Mario Araujo Azambuja). Resultado do exame anátomo-patológico A P 2.653-49 enviado em 25-7-1949. Material enviado: Globo ocular contendo órbita direita. (Ver fotografia).

Exame macroscópico: Trata-se do globo ocular e vários outros fragmentos de tecidos de coloração pardacenta, consistência firme e clástica. Os maiores medem 3,0 e 1,5 cms.

Exame microscópico: Chama atenção a extensa infiltração desordenada e franca de tôdas as estruturas por células de aspecto muito variável. Estas células apresentam núcleos às vezes gigantes e múltiplos com nítido nucléolo no geral. Existem pelo corte numerosas áreas de necrose e áreas de extravazamento sanguíneo. Diagnóstico: **Sarcoma polimorfo-celular** (Assinado: Dr. Paulo Becker, Patologista). (Ver microfotografias).

Em 13-9-1949 foi solicitado exame Neurológico. «Apresenta a paciente uma Hemiparesia bastante acentuada à esquerda com comprometimento máximo do membro inferior. Trata-se de provável metástase cancerosa». (Dr. Cláudio Fichtner).





Ficha n.º 19.158

RETICULO-SARCOMA DA ÓRBITA

Ficha n.º 25.195. Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Paciente: M. B. S., com 3 anos de idade, sexo feminino, côr branca, residente em Palmares, neste Estado do Rio Grande do Sul. Data da consulta: 2-12-1952.

História da doença: Informa a mãe que há mais ou menos dois anos começou a formar-se uma tumoração no olho direito. Há dois meses a criança não vê dêste olho.

Exame Oftalmológico: O globo ocular faz corpo com o tumôr, a córnea encontra-se ulcerada e destruída sem câmara anterior. Agudeza visual: amaurose em OD.

Evolução: Em 5-12-1952 operada de Enucleação com cantotomia prévia (Prof. Corrêa Meyer e Dr. Carlos Carrion).

Em 23-12-1952 resultado do exame histo-patológico: RETICULO-SARCOMA (Dr. Gorki Mecking de Lima). (Ver microfotografia).

Em 29-12-1952 iniciou as aplicações de Radioterapia profunda.

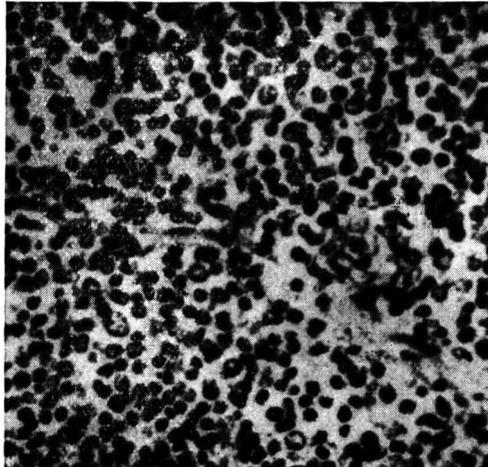
Em 30-1-1953 nítidas melhoras do tumor. Discreta anemia: Hemograma 3.200.000 glóbulos vermelhos.

Em 6-3-1953 recidiva do tumor. (Ver fotografia). Evisceração da órbita total com resecção total das pálpebras (Prof. Corrêa Meyer e Dr. Luis Osorio).

Em 16-3-1953 novas aplicações de Radioterapia.

Em 19-3-1953 alta à pedido dos pais.

Em 24-3-1953 faleceu a paciente em sua residência.



Ficha n.º 25.195



Ficha n.º 25.195
(Recidiva de Reticulo-Sarcoma)

ANGIO-SARCOMA DA ÓRBITA

Ficha n.º 15.432. Clínica Oftalmológica. Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Paciente: R. S., com 2 anos de idade, sexo feminino, brasileira, natural e residente no Estado de Santa Catarina, município de Araranguá. Data da consulta: 18-3-1944.

História da doença: Declara sua mãe que há um mês vem observando que o olho esquerdo de sua filha cresce de dia para dia e está cada vez mais arroxeadado. A criança tem sentido dores neste olho.

Exame Oftalmológico: Percebe-se nítida Exoftalmia em OE. Mobilidade do globo ocular conservada. Fundo de olho: Estáse papilar em OE. Coloração violacea da pele de ambas as pálpebras do olho esquerdo (Ver fotografia) simulando angioma.

Evolução: Em 21-3-1944 foi recolhido material para uma biópsia, tendo vindo o seguinte resultado: «Há acentuada proliferação vascular e, em alguns pontos, grande número de células com escassa diferenciação e nítida tendência à disposição periteliomatosa. O aspecto histo-patológico corresponde ao de um angio-endotelioma (do grupo dos Angio-Sarcomas). Exame n.º 358-44 feito pelo Dr. Heitor Cirne Lima, da Sociedade de Combate ao Cancer do Rio Grande do Sul».

Em 22-3-1944 indicado Radioterapia profunda.

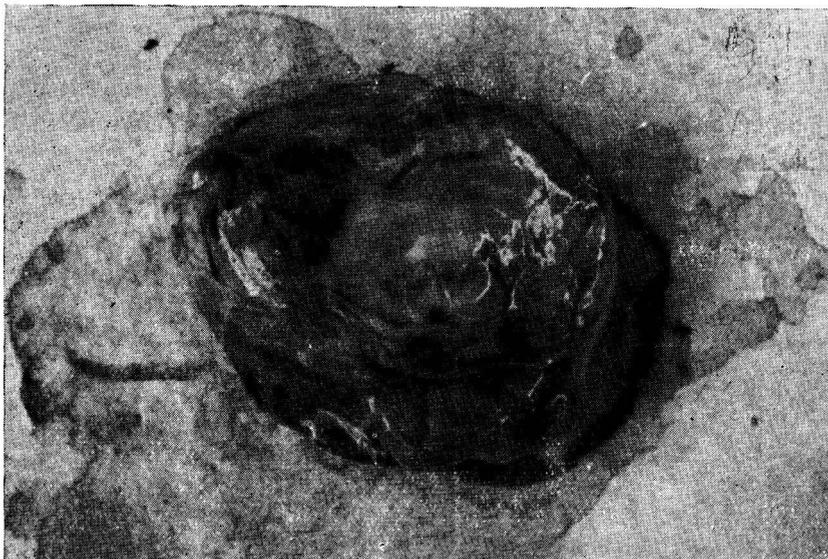
Em 10-4-1944 terminou a série de Radioterapia. Ligeira melhora.

Em 25-4-1944 agravou-se o estado da paciente. Crescimento exagerado do tumor. Evisceração da órbita.



Angio-Sarcoma da Órbita

Ficha n.º 15.432



Aspécto macroscópico do tumor
Ficha n.º 15.432

COMENTÁRIO

O pleoformismo e hiperchromatismo das células no estroma de tecido conjuntivo constitue uma das maiores características dos tumores de origem mesenquimal, daí as várias denominações para este mesmo tipo de tumor.

Classificamos os Sarcomas da Órbita da seguinte maneira:

- a) **Primário ou Primitivo** aquele que se inicia pelo periosteio, fascia ou músculos da órbita.
- b) **Secundário** aquele que invade a órbita pelas estruturas vizinhas.
- c) **Metastásico** aquele que surge na órbita por via sanguínea levado por generalização de outro processo canceroso à distância.

O comprometimento dos ganglios linfáticos é geralmente tardio nos Sarcomas primitivos da órbita, como na observação da Ficha n.º 19.158, cuja morte foi produzida devido à generalização metastasica por via sanguínea.

Quanto aos tumôres reticulares somos da mesma opinião de Offret (19), cuja classificação é a seguinte:

- 1) Reticulo Sarcoma indiferenciado
- 2) Reticulo Sarcoma de diferenciação Hemo-

Linfosarcoma	
Linfopoiético	Mieloma
- 3) Reticulo Sarcoma de diferenciação vascular (Angio-Sarcomas)

Com esta classificação dá-se melhor ordem ao assunto, pois é conhecido que o tecido reticular possui grande polimorfismo, sendo a razão para explicar a multiplicidade das formas descritas pelos autores.

Offret (19) ainda é de opinião que a forma das células, o aspecto do núcleo e do protoplasma possuem características para estabelecer o tipo celular dominante, facilitando assim o estabelecimento duma classificação.

Outro ponto que convém salientar é a néo-vascularização encontrada junto aos elementos reticulares, fato que constitue uma reação normal do tecido reticulo endotelial.

Quando no entretanto há acentuada proliferação vascular, como no caso da observação da Ficha n.º 15.432 é que se justifica a denominação de Angio-Sarcoma.

O aspecto clínico dêste caso, bastante parecido ao do Angioma capilar, só pôde ser esclarecido a sua malignidade pelo exame histo-patológico.

COLESTEATOMA DA ÓRBITA

Ficha n.º 12.456. Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Paciente: E. F., de 25 anos de idade, cõr

branca, doméstica, brasileira, solteira, residente em Barão do Triunfo, Estado do Rio Grande do Sul. Data da consulta: 23-3-1946.

História da doença: Em Janeiro de 1946, logo após ter almoçado, deitou-se um pouco, ao levantar sentiu forte dôr em OD. Desde êste momento a dôr nunca mais desapareceu completamente. Faz alguns dias que sente também dôres no canto externo dêste mesmo ôlho, dôr essa como se fôsse ferroadas. Fez tratamento caseiro sem resultado algum.

Como seu estado não melhorasse aconselharam-na a vir para esta Capital, a fim de se tratar. Três meses após o início dêstes sintomas é que consulta nêste Serviço.

Exame Oftalmológico: Foi constatada a presença de Exoftalmia unilateral! (Exoftalmometro de Hertel = 20 mm.) do ôlho direito, muito discreta, com visão de 1/2 nêste ôlho. No ôlho esquerdo a visão era normal.

Em virtude da Reação de Wassermann no sangue ter vindo positiva, foi instituído tratamento anti-sifilítico com injeções de mercurio.

Logo após ter voltado para sua residência notou pela primeira vez que o ôlho direito estava mais saltado (sic). O mesmo fato foi notado por tôdas as pessoas de sua família. Iniciou então o tratamento com as injeções de mercurio.

No fim da primeira injeção começou a sentir quasi que instantaneamente aumento das dôres na região frontal direita, seguida de vomitos. No dia seguinte as dôres continuaram mais fortes que antes da primeira injeção. Neste dia não teve vomitos. Esta sintomatologia repetiu-se após tôdas as injeções de mercurio. Notava então que o ôlho estava saindo para fora.

Em Maio resolveu voltar à consulta e então já se percebia grande aumento da Exoftalmia e franca estáse papilar pelo exame oftalmológico do ôlho direito.

A paciente foi então encaminhada em 12 de Junho de 1946 ao Instituto de Neuro-Cirurgia de Porto Alegre com o diagnóstico de Tumôr primitivo da órbita direita.

Exame Clínico-Neurológico: À primeira vista percebe-se Exoftalmia bem pronunciada do olho direito.

Crânio: Inspeção de aspecto normal, notando-se ao nível da região fronto-temporal direita uma saliência do tamanho duma nóz. Apalpação, ao nível da região já discriminada acima, palpa-se uma saliência mole, mais ou menos retratil, sem sopros, sem batimentos, do tamanho duma nóz. O osso nesta região parece estar corroído. Logo atrás desta saliência existe uma depressão. Percussão, dolorosa ao nível da região fronto-temporal direita. Olfato prejudicado na narina direita. Trigemeo motor e sensitivo, facial, pares caudais sem particularidades. Musculatura bem conservada. Movimentos passivos, tonus, movimentos ativos, força segmentar e global sem particularidades. Prova dos braços estendidos: leve tendência à queda e pronação. Diadococinesia sem particularidade. Wartenberg e Meyer: positivos. Prova d-n, d-d, sem particularidades.

Aparelho circulatório: Sem modificações maiores ao exame clínico. Pressão arterial Mx-11; Mn-7.

Aparelho respiratório: Sem particularidade.

Abdomen, reflexos cutaneos normais. Palpação e percussão normais. Reflexos patelares em posição sentada e deitada: direita ligeiramente mais vivos que à esquerda. Reflexos aquileus: direito igual à esquerdo. Babinski esboçado à direita. Barré, leve tendência à queda para direita. Prova calcanhar-jelho: sem particularidade. Sensibilidade íntegra. Raquis, inspeção, palpação, percussão sem particularidade. (Assinado: Dr. Cláudio Fichtner).

Exame Radiológico: A) Perfil Na região temporal existe uma lacuna óssea de contornos irregulares, sinuosos. A área corresponde, mais ou menos, a uma moeda de dois cruzeiros. Um pouco adiante, na região frontal correspondente, portanto, existe uma linha curva de calcificação bem visível, porém «flou». Esta linha parece se continuar para trás, circunscrevendo assim uma região circular de cerca de 8 cms. de diâmetro e que contém a lacuna óssea na sua porção posterior. A abobada nada apresenta de especial de resto. Dorso da sela muito baixo. Impossível apre-

ciar bem nesta incidência a sua estrutura, mas não parece haver erosão ou descalcificação.

B) Posição anterior: As duas radiografias feitas apresentam ambas uma incidência um pouco oblíqua, dificultando a interpretação. Na região temporal D vê-se o mesmo traço circular de calcificação que na frente passa exatamente pela incisura supra-orbitária. O rebordo orbitário D apresenta-se perfeitamente liso, sem a projeção dos «juga» do tecido orbitário, que à E aparecem de modo típico. (Destarte na posição anterior as órbitas parecem simétricas, quando na antero-posterior não o são). A pequena ala está completamente destruída nos seus 2/3 externos.

Na radiografia aparece apenas, como um côto, o terço interno que corresponde à região das clinoides anteriores. A fenda orbitária apresenta-se bem delimitada à E e não é visível à D senão possivelmente na sua porção inferior. O rochedo D apresenta-se bem mais pneumatizado à D, o seu rebordo superior à direita é liso, quando à E verifica-se a existência dum pequeno esporão unciforme na região da fossa sub-arcuata.

C) Posição antero-posterior: Em princípio apresenta o mesmo quadro da posição anterior. O defeito da pequena ala aparece no entretanto mais evidente. Nota-se interrupção da linha inominata na sua parte média. Parece haver um defeito ósseo no terço superior e externo da grande ala. Contraste evidente entre o rebordo superior do rochedo liso à D e com a irregularidade acima descrita à E.

D) Incidência para teto de órbita: Sem detalhes novos e seguros.

Interpretação: A lacuna óssea existente lembra, pela sua forma, as lacunas correspondentes à fraturas com hematoma na primeira infância (segundo Schueller). A sombra linear (circular) não se apresenta tão bem delimitada e fina como as cápsulas do colesteatomas, por exemplo, mas não obstante parece pertencer à membrana limitante, calcificada de algum processo enquistado.

Este mesmo processo é que deve ter feito a erosão (destruição da pequena ala, na sua parte correspondente à quasi totalidade

do teto da órbita). O processo ainda produziu com toda probabilidade, uma certa erosão do rebordo superior do rochedo. É provável que se trate de processo enquistado muito antigo. Colesteatoma? (Assinado: Dr. Frederico Ritter).

Exames laboratoriais: Reações de Wassermann no sangue, Calmette-Massol, Jacobstha, Hecht-Weinberg, Meinicke, Kahn, Müller feitas no laboratório Geyer em 16 de Julho de 1946 tôdas negativas. Exame comum de urina: albumina traços leves.

Diagnóstico: Baseou-se no seguinte, Exoftalmia unilateral, com estâse papilar, saliência do tamanho duma nóz na região fronto-temporal D, mole, com erosão óssea, lacunas ósseas observadas nas radiografias, firmaram o diagnóstico de **Colesteatoma primitivo da órbita D.**

Diante dêstes dados foi praticada intervenção Neuro-Cirúrgica em 17-7-1946 pelo Professor Eliseu Paglioli, auxiliada pelos Drs. Heredia e Mickelberg.

Ato operatório: Delimitação da região operatória por meio do lapis demográfico linha em forma de U invertido na fossa temporal direita. Anestesia pela novocaina à 1% mais adrenalina. Colocação dos campos operatórios. Incisão com bisturi ao longo da linha traçada com lapis, até atingir o plano ósseo. Hemostasia com pinças, diatermo-coagulação dos vasos pinçados. Descolamento do periósteo com rugina, ao longo da incisão. Abertura de três orifícios ósseos, com o terpano de De Martel: dois no ramo horizontal do U invertido e um terceiro ao nível do ramo anterior do mesmo. Neste momento escoou-se por sête orifício um líquido amarelo, turvo, de aspêcto purulento.

Imediatamente, fechamento com cêra dos dois orifícios abertos acima e pulverização com Sulfamida das superfícies cruentes. Retirada do líquido amarelo e exame microscópico do mesmo, com coloração pelo Gram, resultado: grande número de colônias de Gram positivos. Devido à isso foi decidido suspender a intervenção. Fechamento das partes moles, catgut para os planos profundos e sêda para os superficiais, ficando apenas abertas as partes moles correspondentes ao orifício de escoamento do líquido. Através dêste

foi colocada uma drenagem com gaze pulverizada com Sulfamida. Curativo oclusivo.

Posteriormente ficou provado não ser exato aquele resultado de **grande número de colônias de cócos Gram positivos** no líquido retirado.

Resolvida nova operação foi ela realizada com data de 24-7-1946. Doente sentada, anestesia local, rebate-se o retalho anteriormente iniciado e retira-se grande **Colesteatoma da órbita**. Fechamento.

Exame anátomo-patológico: A P. 402-46. Provável COLESTEATOMIA. Não se pode garantir por faltar epitelio. (Assinado: Dr. Gorki Mecking de Lima, Patologista). 27-7-47.

Esta lâmina foi posteriormente enviada ao Professor Maffei, de São Paulo, o qual confirmou na verdade o diagnóstico de COLESTEATOMA. (Ver microfotografias).

Estava, pois, confirmado também pelo exame microscópico o diagnóstico de Colesteatoma da órbita.

COMENTARIO

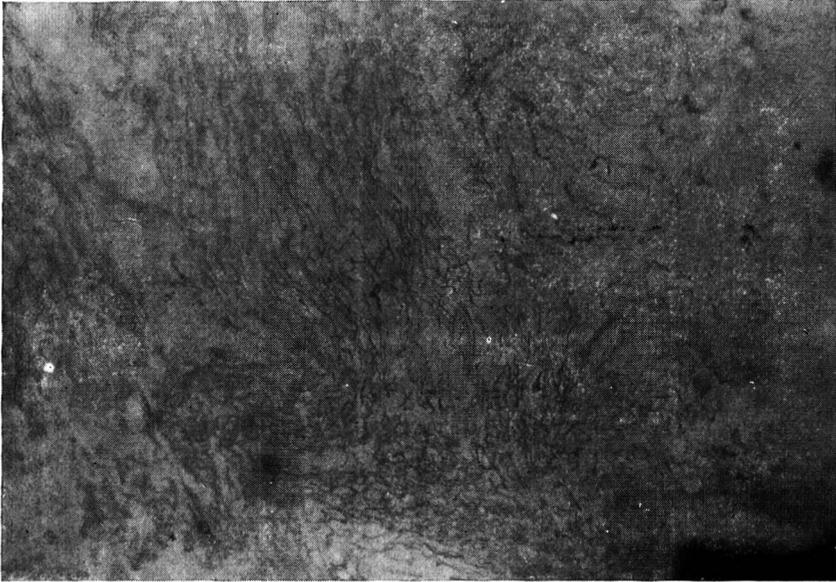
Este tipo de tumor orbitário é de ocorrência bastante rara.

Constans (6) comunicando um caso duma moça de 17 anos de idade, reviu a literatura e encontrou que tinham sido publicados somente 15 casos.

Birch-Hirsfeld também uma das maiores autoridades em tumores da órbita insiste que: 1) o Colesteatoma verdadeiro não possui parede inflamatória; 2) está localizado no sub-periosteio da órbita; e, 3) contém ou é composto de colesterol.

De acôrdo com estes requisitos somente 6 casos de verdadeiro colesteatoma da órbita foram descritos, incluindo o caso de Constans.

Poderia parecer que o colesteatoma devesse ser diferenciado do quisto dermóide da órbita e que os achados radiológicos no Colesteatoma da órbita fôssem semelhantes àqueles vistos no Hematoma sub-periosteio e Mucocéles.



TUMÔR HEMATOPOIÉTICO

Ficha n.º 30.040. Clínica Oftalmológica. Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Paciente: H. L. M., com 31 anos de idade, côr branca, doméstica, brasileira, natural de Encruzilhada do Sul, residente nesta Capital, em Terezópolis, à Rua Dona Otília n.º 2. Data da consulta: 13-1-1956.

História da doença: Há 1 mês notou o aparecimento dum tumôr do tamanho duma azeitona, de consistência firme, ao nível do bordo posterior do ramo montante do maxilar inferior direito (quase na fossa temporal). Esta região logo em seguida entumescceu, bem como as pálpebras dêste mesmo lado. Atualmente nota-se grande inflamação que atinge o olho direito. Esta região ficou vermelha, quente e dolorosa. Alguns dias após começou a aparecer lacrimejamento, que depois se transformou em secreção serosa e posteriormente purulenta.

À esta sintomatologia se somavam inapetência, fraqueza e

emagrecimento acentuado. Consultou um facultativo que lhe receitou 12 ampolas de Terramicina e Pomada Oftálmica, não tendo melhorado.

Devido ao processo ocular foi internada no Hospital da Santa Casa, Enfermaria 25.^a, Sala 5, leito 13, da Clínica Oftalmológica de Mulheres, Serviço do Prof. Ivo Corrêa Meyer.

Exame Oftalmológico: Pela inspeção percebe-se grande infiltração dos tecidos retro-oculares, notando-se intensa quemose conjuntival e forte protusão ocular do olho direito. Pálpebras sob tensão, sendo impossível fechar a fenda palpebral. Pele das pálpebras, vermelha, quente e dolorosa, indicando a presença dum processo inflamatório.

Exame Clínico Geral: Sôpro sistólico de base, mucosas muito descoradas. Pressão arterial: Mx = 11; Mn = 6. Paciente com hipertermia: Temperatura axial 38^o,5.

Diagnóstico: Diante do quadro acima descrito de **grande protusão ocular com quemose conjuntival, tensão das pálpebras, pele das páipebras, vermelha, quente e dolorosa** foi feito o diagnóstico de CELULITE ORBITÁRIA.

Tratamento: Consistiu no uso da Penicilina 400.000 unidades de 12 em 12 horas. Sulfa por via oral 2 grs. ao dia. Proteínoterapia (injeção de leite 2 cc). Antipireticos.

Evlução: Esta medicação foi feita durante uma semana, mas a paciente à despeito de todos êstes cuidados continuava à piorar o seu estado geral.

A inapetência então era completa, fraqueza e emagrecimento se acentuando, mucosas mais palidas, ainda febril.

Em vista destas condições precárias foi transferida para a Enfermaria 2.^a de Clínica Médica (Serviço do Professor Tomaz Mariante).

Em 19-1-1956 Fígado e baço em seus limites normais. Solicitado Hemograma completo:

Eritrocitos	1.010.000 por mm ³
Leucocitos	100.000 por mm ³
Hemocitoblastos	98.000 por mm ³
Hemoglobina	22%
Índice de côr	1,10

Foi feita transfusão de sangue 500 cc.

Em 20-1-1956 Dôres na face e nuca. Fraqueza mais pronunciada. Dôres no olho direito com irradiação para a região escapulo-humeral.

Em 24-1-1946 Solicitado novo Hemograma completo em virtude do agravamento do estado da paciente.

Eritrocitos	900.000 por mm ³
Leucocitos	146.000 por mm ³
Hemocitoblastos	144.540 por mm ³
Hemoglobina	18%
Índice de côm	1,0
Linfocitos	146.000 por mm ³

Em 25-1-1956 Hipertermia 41° C. Penicilina. Cortone. Amplictil.

Em 27-1-1956 Nova transfusão de sangue de 500 cc. Grande reação.

Em 29-1-1956 Dispneá persistente e angustiosa.

Em 5-2-1956 A paciente falecia com o diagnóstico de LEUCÓSE HEMOCITOBLASTICA (forma hiper-aguda).

COMENTÁRIO

Esta observação presta-se à interessantes comentários por ter apresentado a paciente: 1) Manifestação inicial rara da doença leucemica: a Exoftalmia uni-lateral; 2) Ter havido dificuldade no diagnóstico diferencial entre a celulite orbitária e a infiltração linfóide tumoral.

Os autôres clássicos reconhecem também a extrema dificuldade do diagnóstico diferencial, em certos casos, entre as inflamações da órbita e certas afecções tumorais.

Afirmam êles não haver um critério anatômico seguro para garantir diante dum infiltrado linfóide denso, como na observação acima, se se trata dum tumor ou duma inflamação.

O único argumento terapêutico sugerido por alguns autôres

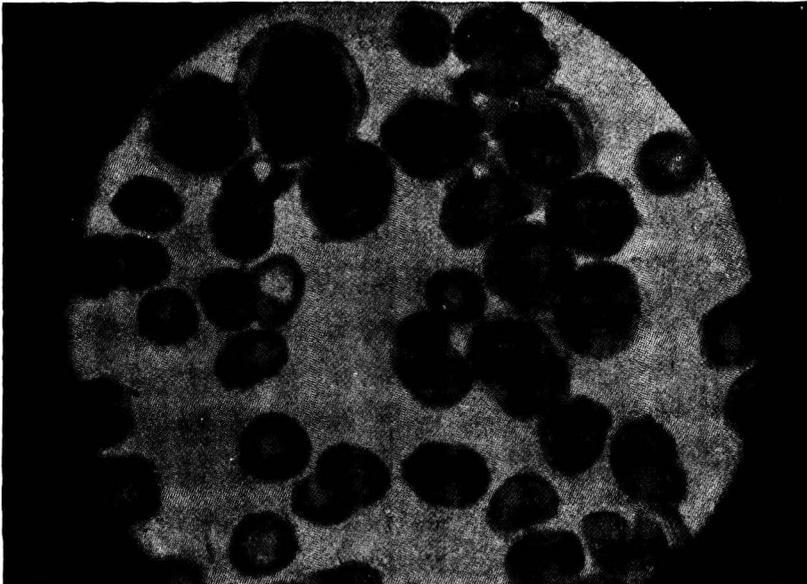
para se considerar como inflamatório toda infiltração linfóide seria a pronta resposta ao uso dos anti-bióticos, o que não conseguimos com a nossa paciente.

Deve-se considerar como tumoral todo nódulo linfomatoso que não cede senão à radioterapia. Infelizmente devido às condições gerais e à rápida evolução letal do caso não foi aplicada Radioterapia nesta pobre paciente.

Parece portanto impossível no estado atual de nossos conhecimentos afirmar clinicamente diante dum nódulo linfóide orbitário bem limitado, si é neoplásico ou infeccioso.

Para nós, só o Hemograma completo, particularmente o Leucograma, poderá esclarecer com segurança o verdadeiro diagnóstico.

Cumpramos registrar portanto este doloroso caso como ocorrência extremamente rara, EXOFTALMIA UNILATERAL como manifestação orbitária primitiva da LEUCÓSE HEMOCITOBLASTICA (forma hiper-aguda).



Sangue periférico, lâmina da paciente H. L. M. (Ficha n.º 30.040)
(Leucóse Hemocitoblastica)

Incidência de Tumores primitivos da órbita observados na Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre

Casos Cirúrgicos registrados	3.875
Casos Clínicos registrados	30.235
Casos de Tumores primitivos da órbita	12

Tratamento dos Tumores primitivos da órbita feito nos casos observados

Técnica de Dandy (Via endo-craniana) (Via fossa craniana anterior)	{ <i>Colesteatoma da Órbita</i>
Orbitotomia de Knapp-Lagrange (Via transpalpebro-conjuntival)	{ <i>Meningioma da Órbita</i> <i>Sarcoma Polímorfo da Órbita</i> <i>Espongioblastoma do N. Óptico</i> <i>Hemangioma Cavernoso da Órbita</i>
Técnica de Kroenlein (Resecção da parede lateral da órbita)	{ <i>Tumôr Mixto Lacrimal</i> <i>Glioma Periférico da Órbita</i> <i>Hemangioma da Órbita</i>
Exenteração da órbita	{ <i>Tumôr Mixto Lacrimal</i> <i>Sarcoma Polímorfo da Órbita</i> <i>Reticulo-Sarcoma da Órbita</i> <i>Angio-Sarcoma</i>
Radioterapia profunda	{ <i>Tumôr Mixto Lacrimal</i> <i>Sarcoma Polímorfo Celular</i> <i>Reticulo-Sarcoma</i> <i>Angio-Sarcoma</i>
Tratamento anti-sifilitico	{ <i>Colesteatoma da Órbita</i> <i>Hemangioma da Órbita</i>
Tratamento pelos antibióticos	{ <i>Tumôr Mixto Lacrimal</i> <i>Tumôr Hematopoiético</i>

Relação dos casos observados de Tumôres Primitivos da Órbita na Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre

<i>Nome</i>	<i>Idade</i>	<i>Ficha</i>	<i>Diagnóstico</i>
1) B. R.	15	23.314	Meningioma primitivo da órbita
2) R. B.	51	10.234	Espongioblastoma do nervo óptico
3) L. A. S.	32	2.485	Hemangioma da órbita
4) C. I.	32	1.294	Hemangioma Cavernoso da órbita
5) E. A.	24	9.784	Tumôr Mixto lacrimal (Endotelioma)
6) A. O.	18	17.684	Tumôr mixto lacrimal (Carcinoma baso-celular) Hidro-adenóide
7) G. M.	12	28.990	Glioma periférico da órbita
8) C. S. G.	68	19.158	Sarcoma polimorfo celular
9) M. B. S.	3	25.195	Reticulo-Sarcoma da órbita
10) D. S.	2	15.432	Angio-Sarcoma da órbita
11) E. F.	25	12.456	Colesteatoma primitivo da órbita
12) H. L. M.	31	30.040	Tumôr Hematopoiético da órbita (Leucóse Hemocitoblastica)

Colaboraram neste trabalho o interno do Serviço, Doutorando Sidney Castagno e a Srta. Gelsi Machado Fernandes, encarregada do fichário da Clínica Oftalmológica e o Dr. Luiz Alberto Fagundes, instrutor da Cadeira de Anatomia e Fisiologia Patológicas, pelo que sinceramente agradecemos esta cooperação tão valiosa.

CONCLUSÕES

- 1 — E' necessário padronizar a terminologia dos tumôres da órbita para evitar serem dados nomes diferentes para um mesmo tipo de Tumôr.
- 2 — A incidência dos tumôres primitivos da órbita observados na Clínica Oftalmológica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre foi de 12 casos (período 1934-1956).

- 3 — Os tumôres primitivos da órbita ainda constituem um problema clínico de difícil diagnóstico.
- 4 — O extremo pleomorfismo destes tumôres dificulta sua classificação precisa.
- 5 — O valôr das observações publicadas na literatura oftalmológica de tumôres da órbita é muito relativo, algumas não possuem nem mesmo exame histo-patológico, a maioria não fornecem dados clínicos e evolução detalhada do caso. Nem sempre o exame histo-patológico está de acôrdo com a descrição clínica.
- 6 — A técnica transpalpebro-conjuntival de Knapp-Lagrange ainda é uma das mais satisfatórias para fazer a exploração da órbita com o mínimo de traumatismo cirúrgico e desfiguramento do paciente.
- 7 — Deve-se sempre solicitar um Hemograma completo na suspeita de moléstia linfomatosa em casos de exoftalmia unilateral com sinais aparentes de processo inflamatório.
- 8 — A decisão cirúrgica para exploração da órbita deve ser baseada na história clínica e exames complementares de cada caso e principalmente na experiência pessoal do cirurgião, a fim de determinar qual o tipo de técnica a ser empregada.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Almeida A., Hemangioma cavernoso da órbita — pags. 88-91 — An. 1.º Cong. Arg. — 1936
- 2) Benedict W. L., Diseases of the orbit — Am. J. Ppht. — vol. 33 — pag. 1 — January, 1950
- 3) Benedict W. L., Surgical treatment of tumors and cysts of the orbit — Am. J. Opht. — vol. 32 — pags. 763-773 — 1949
- 4) Benedict W. L., Transcranial removal of intra-orbital tumors — J.A.M.A. — vol. 129 — pags. 777-784 — 1945
- 5) Benedict W. L., and Martens T. G., Malignan lymphocitic tumors of the orbit — S. Clin. North America — vol. 26 — pags. 871-875 — 1946
- 6) Constans G. M., Cholesteatoma of orbit — vol. 30 — pag. 236 — 1943
- 7) Ballvé M. R., Contribuição ao estudo das Leucóses mielóide, limfóide e Hemocitoblastica (aguda) (Revisão Hematológica) — Teses apresentada à Faculdade de Medicina de Porto Alegre — 1944
- 8) Dandy, Results following transcranial operative attack on orbital tumors — Arch. of Opht. — pags. 191-216 — 1941
- 9) Davis F. A., Primary tumors of the optic nerve — Arch. of Opht. — vol. 23 — pags. 735-821 e 957-1018 — 1940
- 10) Duke-Elder, Text-Book of Ophthalmology — pag. 5582 — vol. V — 1952
- 11) Friedenwald & als., Ophtalmic pathology — pag. 400 e 465 — 1952
- 12) Forrest A. W., Intra-orbital tumors — pag. 198 — Arch. of Opht. — vol. 41 — February, 1949
- 13) Jackson H., Orbital tumors — Brit. J. Opht. — vol. 28 — pags. 472-478 — 1944
- 14) Mc Gavic J. S., Lymphomatoid diseases involving the eye and its adnexa — Arch. of Opht. — vol. 30 — pags. 179-189 — 1943
- 15) Hilton Rocha e A. Bonfioli, O exoftalmo nas Leucemias — pag. 468 — Annais do Vº Congr. Brasileiro de Oftalmologia — Cidade do Salvador Bahia — 1940

- 16) Paufique, Offret et Vouters, Le gliome périphérique de l'orbite — pag. 9 — Arch. d'Opht. — 1949
- 17) Pereira Gomes J., Tumors of the optic nerve — vol. 24 — Am. J. Opht — pags. 1144-1167 — 1941
- 18) Posner M. and Horrax G., Tumors of the optic nerve — Arch. of Opht. — pags. 56-76 — July, 1948
- 19) Offret, Les tumeurs primitives de l'orbite — 1951
- 20) Reese A. B., Tumors of the eye — pags. 514-560 — 1951
- 21) Reese A. B., Orbital tumors and their surgical treatment — Am. J. Opht — vol. 24 — pags. 386-394 (April); pags. 497-502 (March) — 1941
- 22) Santa Cecilia J., Tumor do nervo óptico — Arch. de Clín. Oft. e Otorino-laringologia do Rio Grande do Sul — pag. 307 — 1938
- 23) Satanowsky P. y Adrogué E., Tumores de las vainas del nervio optico — Prensa Médica Argentina — pags. 1013-1030 — 1929
- 24) Sanders T. E., Mixed tumor of the lacrimal gland — Arch. of Opht. — vol. 21 — pag. 239 — 1939
- 25) Summerskill W. H., The exploration of the orbit — Brit. J. Opht. pags. 292-302 — May, 1950