

## **Corno cutaneo da palpebra.**

G. L. BERRETTINI — Rio Claro — Est. de S. Paulo.

---

### **CONSIDERAÇÕES GERAIS**

Os córnos cutaneos são manifestações que aparecem muito raramente, qualquer que seja sua localização no corpo. Com relação aos córnos cutaneos situados nas pálpebras, são excepcionais. Para avaliar sua pequena ocorrência no domínio da Oftalmologia, basta notar-se que os livros comuns da especialidade, os citam apenas para lhes dar o característico de muito raros. Achamos algum material a respeito nos grandes tratados: no “*Traité Complet d’Ophthalmologie*” De Wecker e Landolt, no “*Traité des maladies des yeux*” de Panas e em “*The Pathology of the eye*” de Herbert Parsons.

Vamos analisar o que dizem estes livros: De Wecker e Landolt classificam os córnos cutaneos como hipertrofia parcial da pele das pálpebras, juntamente com as verrugas, os papilomas e as angiectasias, denominando-os excrescencias corneas. Diz textualmente ao iniciar o assunto: “Um hipertrofia se localizando essencialmente na camada epidermica e menos sobre as papilas, dá logar às excrescencias corneas, cornea cutanea, que raramente se encontram sobre as pálpebras e das quais damos alguns exemplos.” Como outros característicos desta afecção dizem serem sujeitos à queda espontanea, à nova proliferação mesmo quando operados se não forem extirpados radicalmente, terem sua séde de implantação preferencial no meio da pálpebra inferior, sendo mais encontrados os pequenos cornos cutaneos que em geral não passam da espessura de uma pluma.

Panas os classifica entre as perturbações de nutrição da pele, aproximando-os das verrugas que seriam seu ponto de partida pela corneificação dos elementos superficiais. Acha que o número, distribuição e volume variam, sendo que os verdadeiros córnos cutaneos têm 9 a 30 milímetros de comprimento por 3 a 4 de base. As perturbações produzidas são pequenas a não ser quanto à estética. A única intervenção eficaz é a extirpação completa, para evitar recidivas que são frequentes.

Parsons comenta a raridade dos córnos cutaneos nas pálpebras e nota que são em geral solitários, cônicos e com ápice arredondado.

Com relação à Anatomia Patológica, Panas acha que os córnos devem ser ligados a uma irritação das papilas dérmicas e mais raramente dos folículos pilosos que dão passagem aos cilios. Estes fatos são negados por Parsons, argumentando que os córnos cutaneos nascem onde não ha papilas dérmicas, como nas cicatrizes (Bland Sutton), na cornea de uma vaca (Baas), numa pseudo-cornea estafilomatosa (Arnold Lawson). Diz ainda Parsons que as papilas da base são geralmente

hipertrofiadas porem apenas se estendem pelo centro do corno, invadindo um pouco mais a periferia. As alterações essenciais, para esse autor, se verificam com as celulas espinhosas que proliferam rapidamente sendo as jovens logo corneificadas sem se desprenderem e se acumulando em forma de conglomerados. As celulas corneas se distribuem em laminas concêntricas, com celulas semelhantes irregularmente esparsas pelos interstícios cementando as outras. Os folículos pilosos e as glândulas sebaceas participam da proliferação.

Segundo De Wecker e Landolt os cornos se apresentam sob o microscópio em massas de celulas epiteliais juxtapostas com ramificações vasculares que não passam em geral de seu ponto de implantação, devendo ser considerados como verrugas sobre as quais eles se desenvolvem. Ha no texto uma figura de corte histológico de um corno retirado por Mas-selson que apresenta a parte basal formada por epitelio pavimentoso muitas vezes disposto em globos epidermicos, o centro do corno formado por celulas embrionarias que se tornam epidermicas muito rapidamente, vasos apenas na base de implantação e elementos denteados constituindo o revestimento.

#### O NOSSO CASO

Aproximadamente ha 12 anos o paciente notou o aparecimento de uma excrescencia dura e pontuda na pálpebra superior direita. Essa excrescencia segundo o doente informa, tinha todos os caracteristicos de um chifre que crescendo, o incomodava, tanto pelo aspecto externo como pela desagradavel sensação de peso sobre a pálpebra. Procurando diminuir os inconvenientes referidos, mais ou menos cada 2 meses pedia ao seu barbeiro que aparasse com a tesoura a ponta da extranha formação. Deste modo foram-se passando os anos, até que, ha mais ou menos 6 meses, a base do pequeno chifre se tornou inflamada e se avolumou, o que fez com que o paciente procurasse um medico para o livrar dessa anomalia.

#### EXAME

Chama a atenção uma formação situada na pálpebra superior direita, grande e de aspecto extranho. Apresenta as seguintes características: Localizado entre a parte media e a interna da pálpebra superior, próximo à borda ciliar, de modo a deformá-la, existe um tumor duro aderente aos planos profundos, recoberto por pele tensa e avermelhada descamando na parte basal em grandes escamas epiteliais. O tumor tem forma oval e mede cerca de 8 por 12 milímetros, sendo maior seu eixo horizontal. Sua espessura máxima é de 6 milímetros. Do seu cumee emerge uma excrescencia levemente curva, estriada, de coloração acinzentada, com apparencia e consistencia corneas, tornando-se um pouco mais fina na sua extremidade e medindo 10 milímetros de comprimento por 4 a 5 de espessura. A extremidade é cortada a pique, por ser aparada artificialmente. Figs. 1 e 2.



Fig. 1

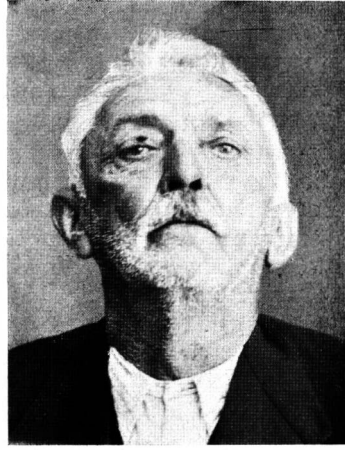


Fig. 2

O todo dá a idéia de uma garra ou de um chifre, sendo por seus característicos classificado com um corno cutâneo da pálpebra.

A pálpebra superior direita se apresenta levemente caída, ptose essa devida ao peso do corno, ao mesmo tempo que ha uma conjuntivite irritativa com hiperemia intensa da conjuntiva palpebral superior e secreção seca que aglutina os cílios. Na região em que o tumor faz maior protuberancia, os cílios caíram.

O exame externo do olho esquerdo é normal. Os meios e fundos de ambos os olhos também se apresentam normais. A visão, tanto em OD como em OE é de  $1/2$ , atingindo a unidade com a correção da hipermetropia e astigmatismo existentes.

Como antecedentes nada foi apurado com relação a hipertrofias anormais em outras partes do corpo.

### OPERAÇÃO

Aplicação da pinça de chalazo e inicio da ressecção pela borda ciliar continuando a dissecação por baixo até atingir a conjuntiva da qual não foi possível evitar a perfuração. Em seguida foi extraída toda a formação a golpes de tesoura que circunscreveram sua base, tendo deste modo sido retirada a pele que a recobria. Foi assim obtida uma ferida com maior eixo horizontal, suturada nesse sentido com 3 pontos.

### SEQUENCIA

Quatro dias depois foram tirados os pontos. Em alguns dias foi verificado que as bordas da ferida não tinham se soldado, havendo portanto uma perfuração da pálpebra. Foi então feita pequena intervenção que consistiu em avivar as bordas da perfuração e dar um ponto.

Retirado este ponto mais tarde havia perfeita soldadura. Visto o doente 15 dias depois a ferida se mostrou completamente cicatrizada havendo leve repuxamento para cima de modo que a borda palpebral ficou um pouco ondulada, havendo porém completo fechamento das pálpebras.

**ESTUDO DA PEÇA.** — *Macroscopico.* — Depois de retirado, o corno apresenta o aspecto que se vê na figura 3 correspondente a sua fotografia. A base tem forma oval, medindo 8 por 12 milímetros nos eixos e espessura de 6 milímetros. Em uma das faces emerge a formação cornea em forma de cone truncado, de superficie fendilhada, coloração acinzentada, medindo 10 milímetros de comprimento por 4 a 5 de espessura. O todo tem cerca de 16 milímetros de espessura. As figuras 4 e 5 mostram o desenho dos contornos da peça (gentileza do colega Alfredo Rocco) sendo o pontilhado a representação provavel baseada em sua conformação do aspecto que teria o corno se não fosse aparado. Nesse caso o comprimento total da base à ponta seria de cerca de 30 milímetros.

**MICROSCOPICO** (Relatorio do Professor Carmo Lordy). — Secções em sentido longitudinal da peça enviada demonstram aspectos, porem mais exagerados, de um papiloma duro da pele: a camada basal da epiderme continuando-se diretamente com o estrato corneo, extraordinariamente espessado. Ha muitas perolas corneas. Diagnostico histologico: Corno cutaneo da palpebra superior.



Fig. 3



Fig. 4

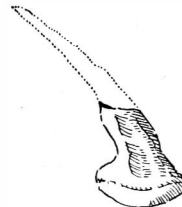


Fig. 5

### CONSIDERAÇÕES SOBRE O CASO APRESENTADO

O corno cutaneo palpebral que acabamos de descrever merece menção por causa de suas proporções. Com efeito a peça retirada media cerca de 16 milímetros de comprimento e seu comprimento provavel caso não fosse cortado, seria de mais ou menos 30 mm. Este fato o equipara ao caso apresentado por Schaw, cuja peça media uma polegada e meia (cerca de 33 mm.) de comprimento por igual circunferencia na superficie de implantação. No caso presente a superficie de implantação mede em sua circunferencia aproximadamente 25 mm. Fator esporádico é sua implantação na pálpebra superior pois os grandes cornos cutaneos têm em geral sua localização na pálpebra inferior. A idade do paciente é a comum do aparecimento dos cornos cutaneos. O tempo decorrido desde o inicio do seu desenvolvimento até sua extração é bastante prolongado, sendo de extranhar que não se tivesse eliminado

expontaneamente. Provavelmente não houve queda expontanea pelo cuidado que o paciente tinha em apará-lo não deixando que tomasse grandes proporções.

Meus agradecimentos ao colega Durval Prado pelas suas sugestões bem como pelos esforços feitos em conseguir parte da literatura consultada.

### **Senso cromatico e suas anomalias.**

FRANCISCO AYRES — Rio de Janeiro.

---

Senso cromatico é a faculdade de perceber as cores e alem disso discriminá-las.

Frederic Thorne do Medical Army Air Corps, dos Estados Unidos, define, assim, o senso cromatico: — é um processo psicofísico em que a componente física é constituída pelas ondas luminosas do espectro solar visível e a componente psiquica é representada pelas sensações surgidas pela ação da luz sobre o orgão sensorial da visão. As perturbações do senso cromatico dividem-se em congênitas e adquiridas.

As anomalias congênitas, afetam geralmente os dois olhos e não são passíveis, pelo menos até agora, de correção ou melhora. As anomalias adquiridas são decorrentes de lesões que afetam as vias óticas, que se estendem da retina à cortex cerebral. Assim, lesões da retina ou do nervo otico de origem tóxica como por exemplo, o tabaco, os pigmentos biliaries, a santonina, podem dar lugar a alterações adquiridas do senso cromático. A intoxicação pela santonina, da lugar à xantopsia, em que o doente vê tudo amarelo.

A pesquisa do senso cromático compreende a percepção central para perto e à distancia, o que é feito por meio de escalas a cores e o exame da percepção periferica pelo perimetro.

A percepção normal das cores diminue do centro da retina para a periferia. Veremos no estudo das teorias que, a isto, Von Kries quis emprestar um papel funcional diverso dos cônes e bastonetes, visto que, segundo estudos histológicos feitos por Schultz e depois contestados, os cones diminuem e os bastonetes aumentam da fovea para a ora serrata. Dessa forma Von Kries dogmatizou que aos cones cabia a percepção cromática e aos bastonetes a percepção do branco.

A perimetria das cores pode revelar reduções, escotomas centrais ou periféricos e hemicromatopsias.

No campo visual normal depois do branco vem em ordem decrescente o azul, o vermelho e o verde na seguinte proporção: azul é menor do que o branco de 10 a 20°; o vermelho de 20 a 30° e o verde de 30 a 40°

Os limites normais são os seguintes: