

PSEUDO-TUMOR ORBITÁRIO (*)

PAULA SOARES (**)

O paciente, um homem idoso, relatou que, de maneira relativamente rápida, seu globo ocular direito tornou-se proeminente, sua visão confusa, percebendo os objetos em duplicata, com discreta sensação dolorosa na região. O oftalmologista anotou, em sua ficha, proptose, discreto edema palpebral, diplopia que se acentuava em algumas direções do olhar e existência de uma massa bem delimitada, ocupando a porção superior e interna da órbita, restringindo a movimentação ocular e caracterizou-se como lesão expansiva da órbita. Após um estudo radiográfico simples, que se revelou normal, e apesar da boa capacidade funcional do olho, julgou conveniente a realização de uma ampla cirurgia, exenteração orbitária, supondo tratar-se de tumoração maligna. A intervenção foi executada, sem maiores complicações. Após alguns dias, o laudo do patologista classificava a formação tumoral como **"reação inflamatória crônica, de natureza não específica"**, e situava o especialista frente a uma situação embaraçosa, por equívoco diagnóstico. Quanto ao paciente, restavam as complicações de uma intervenção mutilante, cuja importância anti-social era enorme, ademais da perda de um órgão visual útil.

Esta história ocorreu em um dos serviços de Oftalmologia que frequentamos, há alguns anos. E, seguramente, o mesmo já se passou em quasi todas as grandes instituições especializadas — porquanto os PSEUDO-TUMORES ORBITÁRIOS são frequentes, na patologia específica desta região. Porém, mais do que frequentes, estatisticamente, — e, portanto, de grande interesse oftalmológico — por ocorrerem na órbita, são melhor conhecidos pelos neurologistas e neuro-cirurgiões.

Advém daí o interesse deste relato, que, de resto, focaliza afecção descrita, desde há muito, com BIRSCH-HIRSCHFELD, em 1909, colecionando 50 casos e introduzindo o termo clinicamente útil de PSEUDO-TUMOR.

(*) Tema Oficial do XIV Congresso Brasileiro de Oftalmologia: Alguns Aspectos da Patologia Orbitária.

(**) Professor de Ensino Superior da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Católica do Paraná.

Num trabalho sôbre lesões expansivas da órbita, estudo clínico de 230 casos consecutivos, examinados na clínica de REESE e JONES, apresentado por MOSS, o autor salienta que a maior dificuldade diagnóstica se origina da ampla variedade de condições que podem produzir estas lesões. Estas variam desde inflamações — que podem ter seu curso clínico agravado pela cirurgia — até neoplasmas que podem cegar ou serem fatais. Êste amplo espectro pode ser atribuído à grande variedade de tecidos da região, à particular resposta do mesênquima orbitário à certas doenças de caráter endócrino ou granulomatoso e à localização da órbita entre as estruturas nasais e cerebrais. Na incidência diagnóstica, por ordem de frequência, cinco deles: oftalmopatia tiroidiana, hemangioma, linfoma maligno, granuloma crônico (pseudo-tumôr) e tumôres epiteliais da glândula lacrimal, são responsáveis por 53% dos casos. Os pseudo-tumôres (18 casos), constituem 8% do total. Em estatística mais antiga, compreendendo, entretanto, todos os casos publicados até 1950, DRESCHER e BENEDICT atribuíam 6% do total, ao pseudo-tumôres.

No dizer de DUKE-ELDER, o termo “PSEUDO-TUMÔR INFLAMATÓRIO DA ÓRBITA ” ou “GRANULOMAS NAO ESPECÍFICOS”, define uma conotação clínica, antes que patológica, compreendendo um considerável grupo de casos que são difíceis de diferenciar clinicamente de um tumôr orbitário, mas que a resolução com tratamento e a investigação patológica mostraram ser granulomas de origem inflamatória crônica. Supõe-se que, muitos dos casos descritos como tal, sejam de origem específica (sífilis, tuberculose, sarcoidose ou reticuloses), mas é fora de dúvida que um grupo bem definido de casos exhibe êste tipo de resposta inflamatória crônica, de caráter inespecífico. A etiologia dos pseudo-tumôres é confusa, variando desde granulomas formados ao redor de corpos estranhos, infiltração orbitária associada com desordem endocrinológica, infecções exógenas, por ferimentos, infecções sinusais, dacrioadenites, osteomielite crônica, infecção dentária, etc., enquanto que alguns casos mostram aparência histológica e respondem ao tratamento anti-sifilítico — mesmo com sorologia negativa. É bem verdade, entretanto, que êstes casos mostram uma tendência à resolução espontânea.

A enfermidade aparece, caracteristicamente, como uma tumoração unilateral, bem definida, em qualquer setor da órbita e, frequentemente, adjacente ou firmemente aderida ao tecido ósseo. Há proptose que é irreduzível,

quemose, edema das pálpebras, limitação da movimentação e, muitas vezes, deslocamento do globo ocular, sem sinais de inflamação. Por tudo isto, os pseudo-tumôres inflamatórios podem simular um verdadeiro neoplasma e tão grande é, de fato, a semelhança clínica que mais da metade dos casos reportados foram submetidos a exenteração da órbita e o diagnóstico feito subsequentemente por exame histológico. Antes que o síndrome se desenvolva plenamente, pode ocorrer um edema transitório das pálpebras, mas, via de regra, a instalação da proptose é mais rápida do que nos neoplasmas verdadeiros; alcança têrmos variáveis, entre 5 e 9 mm, podendo ser suficiente para causar destruição corneana ou atrofia óptica. A diplopia, embora presente na maioria dos casos, só ocasionalmente é o primeiro sintoma. A regressão sintomática ocorre após alguns meses, com retorno à normalidade funcional do globo ocular — comprometida em muitos casos.

A consideração de maior importância é, nestes casos, seu diagnóstico diferencial com outras formas de proptose (a mais chamativa manifestação de enfermidade orbitária), particularmente com os neoplasmas. A tal propósito, servem como elementos diferenciais, característicos dos pseudo-tumôres inflamatórios, os seguintes:

- tendência a uma ocorrência tardia (40 a 60 anos de idade);
- evolução inicial rápida, tendência à bilateralidade;
- ausência radiológica de erosão óssea;
- presença de edema palpebral e conjuntival
- dôr,

todos os quais, frequentemente ausentes, nos estádios iniciais do desenvolvimento de um neoplasma.

Exoftalmia, com ou sem sinais associados da enfermidade de Graves, pode apresentar dificuldade diagnóstica. Às vezes, em casos suspeitos, será conveniente realizar biópsia — que permitirá o esclarecimento diagnóstico. Se a dúvida persiste, melhor será recorrer à terapêutica de prova.

O quadro patológico dêstes processos inflamatórios crônicos experimenta consideráveis variações, segundo o caráter difuso ou circunscrito dos mesmos. No mais das vezes, consideráveis depósitos fibrilares e evidência de atividade fibroblástica, em todos os seus estágios, dominam o quadro. Infiltração linfocitária e de células plasmáticas, com encontro de células gigantes, às vezes formando folículos, e, frequentemente, em disposição perivascular; hiperplasia ocasional de elementos retículo-endoteliais. Os vasos

mostram marcada repleção, esclerose acentuada e mesmo, completa obliteração; é importante assinalar que a acentuada riqueza celular pode, em certos casos, sugerir aparência neoplásica.

A terapêutica é de difícil imposição, uma vez a incerteza diagnóstica é a regra — a menos que seja eliminada por eventual biópsia. Sugere-se a eliminação de focos sépticos, exclusão de tuberculose, sífilis e pesquisa de enfermidade hematológica. Há quem advogue o uso de radioterapia e terapêutica mercurial ou iodada em largas doses. O uso de sulfonamidas, antibióticos e corticosteróides tem sido descrito como ineficiente.