

Retinoblastoma: tratamento conservador x estágio da lesão

CLÉLIA MARIA ERWENNE^{1*} & JOSÉ CARLOS GOUVÊA PACHECO²

INTRODUÇÃO

A indicação do tratamento com conservação do globo ocular em retinoblastoma depende do tamanho, localização e número de lesões tumorais. Classicamente as lesões nos estádios intra-oculares (IO) I e II de REESE-ELLSWORTH (Reese, A, 1976) geralmente são passíveis de tratamento com conservação do globo ocular, os estádios III e IV tem prognóstico menos favorável e no estágio V os resultados são pobres para esta modalidade terapêutica, estando, geralmente, indicado a enucleação (Shields & Augsburger, 1981).

Na prática, somos obrigados, repetidas vezes, a tentar tratamento conservador, em pelo menos um dos olhos, mesmo que em estágio IO V, por imposição de familiares que relutam em concordar com a enucleação bilateral em uma criança, principalmente se resta ainda alguma visão útil. Estes casos constituem violações de protocolo.

Neste estudo apresentamos uma avaliação dos casos em que se tentou o tratamento conservador em uma amostra de portadores de retinoblastoma.

MATERIAL E MÉTODO

O material deste trabalho está constituído pela análise retrospectiva dos prontuários de 161 pacientes consecutivos, portadores de retinoblastoma, que procuraram o Serviço de Oftalmologia do Hospital A. C. Camargo — Fundação Antonio Prudente/São Paulo, no período de 1º de janeiro de 1975 à 31 de dezembro de 1985.

Para o levantamento de dados, elaborou-se em colaboração com o setor de epidemiologia do Instituto Ludwig de Pesquisa sobre o Câncer, uma ficha clínica sumariando os dados de identificação, anamnese, estadiamento clínico e anátomo-patológico, tratamento e evolução da doença. Selecionou-se os casos em que foi realizado o tratamento conservador. O estadiamento da lesão, nestes, foi sempre efetuado pelo mesmo examinador e por oftalmoscopia indireta sob narcose de acordo com Reese-Ellsworth (quadro 1). Utilizou-se como métodos terapêuticos a radioterapia por feixe externo (1500 a 5000 RADS), a fotocoagulação e a crioterapia (-80°C), isoladas ou associadas, na dependência

do tamanho e localização da lesão tumoral. O resultado foi dito positivo quando se constatou calcificação da lesão e formação de uma cicatriz corio-retiniana atrofica e avascular. Considerou-se negativos os casos em que não houve controle do crescimento tumoral, tendo sido realizado, posteriormente, a enucleação.

RESULTADOS

Dos 161 pacientes atendidos 58 tinham retinoblastoma bilateral e 103 unilateral.

O tratamento conservador foi tentado em um dos olhos de 44 (27,3%). Destes, 41 eram bilaterais (93,2%) e 3 unilaterais (6,8%).

A radioterapia foi o tratamento exclusivo em 21 olhos (47,7%). A fotocoagulação foi utilizada em 16 olhos (36,4%) sendo o tratamento único em 1 (2,3%). A crioterapia foi utilizada em 11 olhos (25,0%), sendo exclusiva em apenas 2 (4,5%).

Obteve-se resultado positivo em 20 pacientes (45,5%), em 22 (50,0%) não houve controle da atividade tumoral e em 2 (4,5%) não pôde avaliar o resultado. A tabela 1 mostra o estágio inicial dos olhos submetidos a este tipo de tratamento, segundo o resultado obtido.

O exame anátomo-patológico dos olhos enucleados por resultado negativo revelou 17 em estágio IO-V, em 2 a doença tinha avançado para o espaço extra-ocular por infiltração do nervo óptico e em 3 havia extensão do tumor aos tecidos orbitários através da esclera.

TABELA 1
Distribuição dos olhos submetidos a tratamento conservador segundo o estadiamento da lesão no início do tratamento e resultado obtido.

Nº DE OLHOS SEGUNDO RESULTADO (%)				
Estádio	(+)	(-)	(?)	Total
IO I	11 (91,6)	1 (8,4)	0	12
II	4 (66,7)	2 (33,3)	0	6
III	3 (42,9)	4 (57,1)	0	7
IV	1 (50,0)	1 (50,0)	0	2
V	1 (5,8)	14 (82,4)	2 (11,8)	17
Total	20 (45,5)	22 (50,0)	2 (4,5)	44 (100,0)

DISCUSSÃO

Os métodos terapêuticos utilizados em nossos pacientes basearam-se nas seguintes referências:

Radioterapia: geralmente utilizada como coadjuvante no tratamento conservador, é imprescindível em tumores de mais de 4 diâmetros papilares. Aplica-se de 3.500 a 5.000 RADS, por feixe externo, fracionados em 300 RADS por sessão durante 3 a 4 semanas. São observados três padrões de regressão: calcificação em "cottage cheese" (calcificação prática-

QUADRO 1 — Estadiamento do Retinoblastoma (Reese Ellsworth)

ESTÁDIO I: — Tumor solitário ou múltiplos tumores menores do que 4 diâmetros papilares localizados atrás do equador do globo ocular.

ESTÁDIO II: — Tumor solitário ou múltiplos tumores de 4 a 10 diâmetros papilares, localizados atrás do equador do globo ocular.

ESTÁDIO III: — Qualquer tumor situado à frente do equador ou qualquer tumor de mais de 10 diâmetros papilares atrás do equador do globo ocular.

ESTÁDIO IV: — Múltiplos tumores, alguns maiores do que 10 diâmetros papilares ou qualquer lesão na ora serrata.

ESTÁDIO V: — Tumor maciço envolvendo metade da retina ou presença de células tumorais no vítreo.

1 Doutor em oftalmologia pela Escola Paulista de Medicina. Titular do Serviço de Oftalmologia do Hospital A. C. Camargo — Fundação Antonio Prudente — São Paulo.

2 Prof. de Oftalmologia da Fac. de Medicina de Mogi das Cruzes. Titular e Chefe do Serviço de Oftalmologia do Hospital A. C. Camargo — Fundação Antonio Prudente — São Paulo.

Autor Correspondente: Clélia Maria Erwenne — Hospital A. C. Camargo — Rua Prof. Antonio Prudente, 211 — São Paulo — (SP) — Brasil.

mente total da lesão que raramente pode reativar), diminuição da massa tumoral e de sua vascularização sem calcificação e a combinação dos tipos anteriores. Pequenos tumores podem desaparecer completamente por radioterapia, mas as grandes massas sempre estarão presentes; se avasculares e calcificadas, não constituem indicação para enucleação (ABRAMSON, 1982). A irradiação pode ser feita também por placas episclerais, geralmente de cobalto 60. Neste caso deve-se fazer a fixação cirúrgica da placa radioativa na esclera adjacente ao tumor por um período de quatro a sete dias de acordo com a dose desejada após calcular-se a emissão da placa (SHIELDS & AUGSBURGER, 1981). No momento estamos introduzindo este método em nosso hospital.

Fotocoagulação: é feita sob anestesia geral, pela luz do Xenônio, em uma ou mais sessões e visa a destruição do aporte vascular ao tumor (ABRAMSON, 1982). Está indicada em pequenos tumores (SHIELDS & AUGSBURGER, 1981).

Crioterapia: é um método simples e eficiente, principalmente em lesões da periferia da retina. É também realizada sob anestesia geral com a sonda aplicada por via transconjuntival ou transescleral sob exame direto da lesão pela oftalmoscopia indireta. Deve-se observar que a bola de gelo cubra inteiramente o tumor (SHIELDS & AUGSBURGER, 1981).

O tratamento combinado (radioterapia, crioterapia e fotocoagulação) é muito utilizado. As sessões de crioterapia e fotocoagulação podem ser repetidas a intervalos de 6 a 8 semanas até regressão completa da lesão (ABRAMSON, 1982).

Nesta amostra pudemos verificar que a proporção de resultados positivos foi significante nos estádios menos avançados da doença (91,6% no estágio IO-I), diminuindo a medida que evoluiu o estágio. Nos tumores que iniciaram tratamento conservador em estágio IO-V os resultados foram pobres, observamos apenas um resultado positivo (5,8%); os 2 casos de resultado ignorado correspondiam a violações de protocolo e foram a óbito em virtude do quadro clínico geral, não tendo sido possível a avaliação do olho tratado.

ABRAMSON e cols. (1983), observaram resultados semelhantes (tabela 2).

TABELA 2
Resultados do tratamento conservador em retinoblastoma por ABRAMSON e cols. (1983).

NÚMERO DE OLHOS SEGUNDO RESULTADO (-) ou (+)					
Estádio		(+)	(-)	Total	Óbito
IO	I	55 (89,0)	7 (11,0)	62	1
	II	28 (82,0)	6 (18,0)	34	0
	III	33 (80,0)	8 (20,0)	41	2
	IV	9 (56,0)	7 (44,0)	16	0
	V	12 (10,0)	102 (90,0)	114	19

Estes dados permitem que consideremos, em relação ao tratamento conservador em retinoblastoma, dois grupos de pacientes: os portadores de tumores pequenos (estádios I, II e III), que têm, com estes métodos boa possibilidade de cura e os portadores de tumores grandes, que com frequência necessitam ter o olho enucleado apesar do ataque terapêutico. Mais grave do que o resultado negativo são as consequências decorrentes do próprio tratamento (principalmente da radioterapia) e a evolução da doença por falta do controle do crescimento tumoral. Em nosso estudo 5 pacientes (11,4%) inicialmente portadores de doença intra-ocular apresentaram à enucleação acometimento

de tecidos extra-oculares. Sabemos que a sobrevida dos portadores de doença extra-ocular é muito inferior à intra-ocular (ERWENNE e cols. nesta edição). ABRAMSON e cols. (1983) relataram 22 óbitos (8,2%) em pacientes que inicialmente tiveram indicação tratamento conservador.

Em relação à radioterapia ressaltamos que tem se mostrado eficiente em apenas 50% dos retinoblastomas (ABRAMSON e cols., 1983). Tumores grandes requerem altas doses de radiação o que pode induzir a tumores secundários, radiogênicos, principalmente o sarcoma osteogênico. Este efeito tem sido exaustivamente referido (ABRAMSON e cols., 1976; ABRAMSON e cols., 1979 e ABRAMSON e cols., 1983).

Durante o período de observação desta amostra constatamos 2 tumores em regiões inadiadas (um sarcoma osteogênico de etmóide e um sarcoma fuso-celular de partes moles da órbita). Ambos os olhos tinham apresentado resultado positivo com o tratamento radioterápico e dois pacientes foram à óbito em decorrência desse segundo tumor.

Concluindo, o tratamento do retinoblastoma por métodos que permitem a conservação do globo ocular é tanto mais efetivo quanto menor é o estágio da doença. O oftalmologista deve estar atento quanto à evolução da doença nos casos em que o resultado é negativo e quanto ao uso da radioterapia devido a seus efeitos a longo prazo. A nosso ver dados apresentados nos sugerem que devemos ser mais persuasivos na indicação da enucleação, mesmo que bilateral, como forma de tratamento nos casos em que o olho menos comprometido já alcançou o estágio IO-V.

RESUMO

O trabalho apresenta os resultados obtidos no tratamento de 44 olhos portadores de retinoblastoma, com a conservação do globo ocular. Utilizou-se a radioterapia, a crioterapia e a fotocoagulação pela luz de xenônio. A eficiência destes métodos foi tanto melhor quanto menos avançado era o estágio da doença. A tentativa de tratamento conservador quando mal sucedida pode piorar o prognóstico de vida do paciente. O uso da radioterapia pode induzir tumores secundários em portadores de retinoblastoma.

SUMMARY

The results of globe saving treatment in 44 eyes with retinoblastoma were presented. Radiotherapy, xenon are photocoagulation and cryo-therapy were used. The conservative methods were better for the small tumors than for the greater. In cases of persistent growing of the tumor this methods can reduce patient's survival and radiotherapy can induce secondary tumors in retinoblastoma patients.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMSON, D. H.; ELLSWORTH, R. M. & ZIMMERMAN, L. E. — Nonocular cancer in retinoblastoma survivors. *Trans. Amer. Ophthal. Otolarynol.*, 81: 454-57, 1976.
- ABRAMSON, D. H.; RONNER, H. J. & ELLSWORTH, R. M. — Second tumors in nonirradiated bilateral retinoblastoma. *Amer J. Ophthal.*, 87: 624-27, 1979.
- ABRAMSON, D. H. — Retinoblastoma diagnosis and management. *CA*, 32(3): 130-40, 1982.
- ABRAMSON, D. H.; NOTTERMAN, R. B.; ELLSWORTH, R. M. & KITCHIN, F. O. — Retinoblastoma treated in infants in the first six months of life. *Arch. Ophthalmol.*, 101(9): 1362-6, 1983.
- CAVENNE, W. K. — Genetic origin of mutations predisposing to retinoblastoma. *Science* 26: 228(4698): 501-3, 1985.
- KNUDSON, A. G. — Mutation and cancer: statistical study of retinoblastoma. *Proc. nat. Acad. Sci. (Wash.)*, 68(4): 820-23, 1971.
- REESE, A. — Retinoblastoma and other neuroectodermal tumor of the retina. In: — Tumours of the eye. 3ª ed. Maryland, Harper & Row, 1976.
- SHIELDS, J. A. & AUGSBURGER, J. J. — Current approaches to the diagnosis and management of retinoblastoma. *Survey of ophthalmology*, 25(6): 347-71, 1981.