

Tumores palpebrais e das estruturas adjacentes

(Estudos de 103 casos)*

João Orlando Ribeiro Gonçalves ** & Mansueto Martins Magalhães ***

INTRODUÇÃO

Nossos agradecimentos aos organizadores dessa XIIa Reunião na pessoa do seu presidente, colega e amigo Fernando Oréfi-ce.

Comparecer aos conclaves da Associação dos Ex-Residentes e Estagiários do Hospital São Geraldo, para ouvir e falar, é mais do que prazer, uma obrigação de quem foi um de seus fundadores e viveu três anos inolvidáveis com a fabulosa equipe que o mestre Hilton Rocha plasmou.

Os Tumores palpebrais e das Estruturas adjacentes, apresentam características especiais, não só pela nobreza das regiões que envolvem bem como pelas dificuldades no diagnóstico correto e tratamento mais adequado.

Urge basicamente, ao se tratá los, seguir uma metodologia a mais rigorosa possível com a finalidade de poupar as pálpebras nas suas importantes funções, bem como ao bulbo ocular, órgão mais nobre da região.

Isso nem sempre é possível pois, por vezes, já nos defrontamos com tumores mal tratados, tumores esses rebeldes a qualquer tipo de tratamento e que por isso mesmo são chamados de Tumores Vacinados. (Fig. 1).



Fig. 1 — TUMOR VACINADO: Carcinoma epidermóide do supercílio e pálpebra superior após radioterapia insuficiente. Olho esquerdo atrófico.

Faz-se mister que cada um — o oncologista, o radioterapeuta, o oftalmologista, o cirurgião plástico, o patologista — conheça o seu papel no tratamento desses tumores, para que se possa obter bons resultados.

O tratamento é pois de seara multidisciplinar.

Seguiremos, na análise dos nossos casos, a mesma esquematização que já fizemos para os Tumores epibulbares (Ribeiro Gonçalves 1979). Essa sistemática foi seguida por Bech e Jensen (1978) na análise de 300 casos de Tumores Oculares Externos.

MATERIAL E MÉTODO

O nosso material consta de 103 casos de Tumores Palpebrais e das Estruturas Adjacentes, examinados no Serviço de Plástica Oftálmica da Clínica Oftalmológica do Hospital Getúlio Vargas — Teresina — Pi, entre os anos de 1969 e 1979.

O estudo histopatológico foi realizado, na maior parte, no Serviço de Anatomia Patológica da Fundação Universidade Federal do Piauí. Alguns casos foram examinados pelos colegas Joaquim Queiróz em Belo Horizonte e Valdir Bandeira, em Recife.

RESULTADOS E COMENTARIOS

Os hemangiomas foram observados, na sua maioria, em pessoas jovens: a idade mais tenra aos dois meses. Contudo, um tumor desse tipo foi diagnosticado em paciente de 34 anos. Os cistos dermóides foram observados entre os 11 e 18 anos. Os adenocarcinoma das glândulas de Meibomius situaram-se em pacientes de 48 a 55 anos. Os carcinomas espinocelulares situaram-se entre 39 e 78 anos. Os carcinomas basocelulares — os mais numerosos do nosso material — apareceram em pacientes de idade situada entre 31 e 78 anos.

Analisando-se o Quadro I podemos verificar que o maior número das lesões tumorais palpebrais se situa em pacientes na faixa etária da quinta década em diante (71/103 casos). Isto é um fato marcante para os

* Trabalho realizado na Clínica Oftalmológica do Hospital Getúlio Vargas — Teresina — Pi — Serviço de de Ciências da Saúde — Fundação Universidade Federal do Piauí. Apresentado na XIIa Reunião Anual da AERE-HSG — Poços de Caldas — MG — Março de 1980.

** Professor de Clínica Oftalmológica.

*** Prof. Auxiliar de Ensino de Clínica Oftalmológica.

Endereço do autor: Rua Oswaldo Cruz, 3065 — CEP 64.000 — Teresina (PI) — Tel.: 222-3387

tumores basocelulares — o que justifica a teoria da exposição aos agentes externos — principalmente as radiações solares — na gênese desse tipo de tumor.

Os nossos achados coincidem com os dos autores que se dedicaram ao assunto Hogan e Zimmerman (1962), Reese (1965), Offret e Haye (1971), Offret, Dhermy, Brini e Bec (1974) e Bech e Jensen (1978).

QUADRO I
Tumores palpebrais e das estruturas adjacentes
Distribuição segundo idade e sexo — 103 casos

Faixa etária	Masc.	Fem.
0-9	3	8
10-19	3	5
20-29	5	8
30-39	5	6
40-49	5	19
50	20	23
	41	62

A duração da história, isto é, o tempo decorrido entre a observação da lesão pelo paciente e o diagnóstico feito pelo médico, vai mostrada no Quadro II.

Em um caso de nevus verrucoso a duração da história foi de 40 anos.

QUADRO II
Duração da história: 78/103 casos

até 1 mês	1 caso
1 a 2 meses	4 casos
3 a 6 "	15 "
7 a 12 "	12 "
13 a 24 "	5 "
24 "	41 "

Os sintomas, não característicos, foram irrelevantes. O sinal mais comum foram as presenças de **caroço**, **úlcera**, **"sinal"** e **verruca**.

A localização dos tumores em geral e, especialmente para os carcinomas basocelulares pode ser observada nos Quadros III e IV.

QUADRO III
Tumores palpebrais e das estruturas adjacentes
Localização — 103 casos

Pálpebra inferior	40
Pálpebra inferior e canto interno	2
Pálpebra inferior e canto externo	2 ... 44
Pálpebra superior	26
Pálpebra superior e canto interno	3
Pálpebra superior e canto externo	1 ... 30
Canto interno	7
P. sup/ p. inf./b. ocular/órbita	7
Supercílio	6
Canto externo	3
Ponto lacrimal	3
Saco lacrimal	1
P. inf. / canto int. / reg. geniana	1
P. sup./p. inf./cant. int./asa nariz/face (bil)	1

Praticamente a incidência para as pálpebras superior e inferior foi igual com ligeira predominância para a pálpebra inferior. O canto interno seguiu-se como local de preferência dos tumores aqui relatados.

QUADRO IV
Carcinomas basocelulares — localização 40 casos

Pálpebra inferior	20
Pálpebra inferior e canto interno	1
Pálpebra inferior e canto externo	1 ... 22
Pálpebra superior	3
Pálpebra superior e canto interno	1
Pálpebra superior e canto externo	1 ... 5
P. sup./p. inf./b. ocular/órbita	4
Canto interno	3
Canto externo	3
P. inf./b. ocular / asa do nariz	1
P. inf./c. interno/reg. geniana	1
P. sup./p. inf./c. int./asa nariz/face/bilat.	1

Quanto aos carcinomas basocelulares, houve uma nítida predominância para a localização na pálpebra inferior, com um percentual de 55% (22/40 casos). Isoladamente os carcinomas basocelulares concorreram com 38,8% dos tumores da nossa série, o que justifica toda a atenção no diagnóstico e tratamento dessa patologia. Comumente se diz que o carcinoma basocelular é a vergonha dos cânceres.

Não concordamos com essa assertiva.

A prática mostrar que esse é um tumor de evolução lenta, mas constante, e que mal tratado leva a consequências seríssimas, com mutilações graves, o que pode ser visto na Fig. 2.



Fig. 2 — Carcinoma BASOCELULAR ULCERADO: (Ulcer rodens — clássico). Forma irregular. Superfície ulcerada. Grande destruição da pálpebra inferior.

No nosso material de Tumores Oculares Externos (224 casos), verificamos uma incidência de 54,1% para os Tumores Epibulbares (121 casos) e 45,9% para os Tumores Palpebrais e das Estruturas Adjacentes (103 casos). Esses dados diferem dos de Bech e Jensen (1978) que relataram 20% para os primeiros e 80% para os últimos.

A forma dos tumores nem sempre é característica para os diferentes tipos.

Houve predomínio da forma **nodular** (Fig. 3), seguida das formas **irregular** (Fig. 2), **vegetante** (Fig. 4) e **papilomatosa**.

Quanto à coloração a frequência maior foi para a coloração **castanha**, **avermelhada**, **amarelada** (Fig. 4 e Fig. 5) e **cor da pele**.

A superfície dos tumores mostrou-se principalmente do tipo **ulcerada** (Fig. 2), **rugosa** (Fig. 3), **lisa** e **bosselada** (Fig. 4 e Fig. 5).

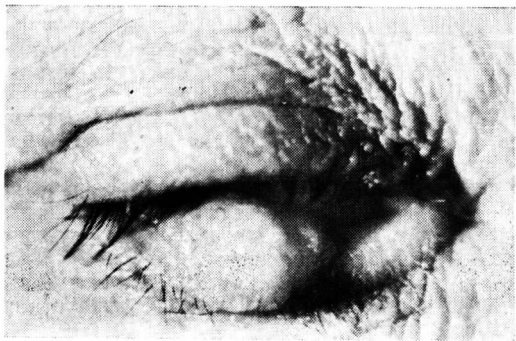


Fig. 3 — PAPILOMA DA PALPEBRA INFERIOR: Forma nodular. Superfície rugosa.



Fig. 4 — ADENOCARCINOMA DE GLÂNDULA DE MEIBOMIUS — recidivado. Forma vegetante. Superfície bosselada. Cor amarelada.

Na nossa casuística os carcinomas basocelulares correspondem a 38.8% de todos os tumores. Na série de Bech e Jensen correspondem a 12.7% (30/236). Como estes autores, os nossos casos mostraram nítida preferência pela pálpebra inferior. No nosso material, considerando todos os tumores oculares externos (224 casos) encontramos tumores malignos em 52.46% (119/224 casos) e benignos em 47.54% (105/225 casos). Os autores citados encontraram os números de 11% e 89% para os tumores malignos e benignos respectivamente. Há pois uma nítida



Fig. 5 — ADENOCARCINOMA DE GLÂNDULA DE MEIBOMIUS. Coloração amarelada. Superfície bosselada.

QUADRO V
Tumores palpebrais e das estruturas adjacentes
Diagnóstico clínico — 103 casos

Tipo	N.º	%
Carcinoma basocelular palpebral	40	38.8
Nevus verrucoso palpebral	19	18.4
Hemangioma palpebral	10	9.7
Papiloma palpebral	10	9.7
Hidrocistoma e cisto seroso palpebral (3 cada)	6	5.8
Cisto dermóide superciliar, carcinoma espino- celular palpebral, adenocarcinoma de Gl. de Meibomius (2 cada)	6	5.8
Tumor de Gl lacrimal, granuloma palpebral, cisto sebáceo superciliar, c. sebáceo or- bitário, papiloma caruncular, melanoma palpebral, granuloma patogênico, t. can. lac, neurofibromatose, corno cutâneo, ne- vus palp (1 cada)	12	11.6

diferença entre o nosso material e o desses autores.

Supomos que a alta radiação solar em nossa região seja a responsável pelo aparecimento de tão grande número de lesões tumorais malignas.

Quanto à correlação clínico-histológica os nossos achados vão analisados nos esquemas abaixo.

CARCINOMA BASOCELULAR

Avaliação clínica	32
Diagnóstico correto	25
Diag. incorreto	7
Ca. espinoelular	3
Ad. Gl. Meibomius	2
Cerat. fol. invert.	1
Conjunt. crônica	1

HEMANGIOMA PALPEBRAL

Avaliação clínica	5
Diagnóstico correto	5

CARCINOMA ESPINOCELULAR

Avaliação clínica	2
Diagnóstico correto	2

NEVUS VERRUCOSO	
Avaliação clínica	11
Diagnóstico correto	10
Ca. basocelular	1

ADENOCARCINOMA GL. MEIBOMIUS	
Avaliação clínica	2
Diagnóstico correto	2

TUMORES CÍSTICOS

Hidrocistoma	2 casos — HP: Actinomicose
Cisto dermóide sup	2 casos — HP: Cisto dermóide
Cisto sebáceo sup	1 caso — HP: Cisto dermóide
Tu. canal lacrimal	1 caso — HP: Hidrocistoma

Dos casos avaliados clinicamente houve um diagnóstico correto de 61% e incorreto de 39%. O diagnóstico que se faz com maior aproximação, evidentemente após alguma experiência, refere-se aos casos de hemangiomas, nevus verrucosos, cistos dermóides superciliares e os carcinomas basocelulares.

TRATAMENTO

Evidentemente que o tratamento dos tumores palpebrais varia com o seu tipo, localização e extensão, aliando-se a esses dados a experiência do autor e os meios terapêuticos ao seu alcance.

Dentre os vários métodos de tratamento podemos esquematizar:

TRATAMENTO CLÍNICO

Radioterapia: RX, Co., etc.
Quimioterapia

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Biópsia
Eletrocauterização
Criocauterização (TORRE — 1971)
Curetagem + uréia a 10% (DANOPOULOS — 1970)
Quimiocirurgia (MOHS — 1932)
Cirurgia convencional
Exérese simples
Plastia Palpebral
Enucleação/exenteração.

Preferimos o método cirúrgico por ser o mais consentâneo com as nossas condições

RECIDIVAS — 3 CASOS

CA, basocelular vacinado	1 Caso	CoT
AD. CA. GL. Meibomius	1 Caso	CoT.-Morte
CA. Basocelular	1 Caso	Reop.Ótimo

Devemos chamar a atenção dos colegas para um fato de grande importância.

Todo e qualquer tratamento insuficiente de um tumor, poderá levar uma simples lesão ao quadro de um tumor extremamente rebelde aos tipos de tratamento conhecidos, configurando o quadro que os franceses chamam apropriadamente de Tumor vacinado. (Fig. 6).

de trabalho. Praticamente não realizamos biópsias.

Vale ressaltar a criocauterização idealizada por TORRE (1971), para os tumores palpebrais benignos; a curetagem do tumor associada à injeções de solução de uréia a 10%, subcutâneas e intracutâneas, peritumorais, com complementação de sal de uréia sobre a área cruenta (Danopoulos — 1970) e a quimiocirurgia idealizada por Mohs (1932).

Quando se faz necessário as plastias palpebrais, em nossos casos, preferimos as técnicas de Mustardé (e variantes) e Tripier-Soares para a pálpebra inferior. Para a pálpebra superior temos utilizado a técnica de Cutler-Beard.

O Quadro VI mostra as técnicas de tratamento que foram utilizadas em nossos pacientes.

QUADRO VI
Tratamento dos tumores palpebrais e das estruturas adjacentes — presente série

Exérese simples	33 casos
Plastia palpebral	30
(Cauterização)/exenteração/CoT.	1
Exenteração	1
Cobaltoterapia	1

A preservação nos mostrou o seguinte:

COMPLICAÇÕES

Necrose do retalho
 7 casos |

Deiscência da ferida, hemorragia, papiloma conjuntival, simbléfaro, ectrópio (cada) ..

 1 |

As cirurgias econômicas, a radioterapia parcimoniosa e a criminosa cauterização — principalmente esta — são as causas deste tipo de tumor.

A alerta fica para que ao se diagnosticar um tumor palpebral, no caso em apreço, melhor será encaminhá-lo a alguém mais experiente, se conhecimento e experiência na

condução do problema, faltarem ao médico que conduz o caso.



Fig. 6 — CARCINOMA BASOCELULAR DA PÁLPEBRA INFERIOR: Pós radioterapia e cauterização, em 12-10-79. Notar a radiodermite da pálpebra inferior.



Fig. 6a — CARCINOMA BASOCELULAR VACINADO-CLÁSSICO. Notar a grande destruição das pálpebras e invasão do bulbo ocular e órbita. Mesmo caso da Fig. 6 — Foto em 23-03-81.

RESUMO

Os autores analisaram sob os aspectos clínico e cirúrgico, 103 casos de tumores palpebrais e das estruturas adjacentes. Os carcinomas basocelulares palpebrais correspondem a 38,8% dos casos. Foram encontrados 52,46% de tumores malignos e 47,54% de tumores benignos, considerando-se todos os tumores oculares externos. Chamam atenção para o grave problema do TUMOR VACINADO, oriundo e tratamento mal adequado. Foram relatados 3 casos de recidiva, um paciente dos quais faleceu por metástases em caso de adenocarcinoma de glândula de Meibomius.

SUMMARY

The authors has analyzed the clinical and surgical aspects of 103 cases of lid and its surroundings tumors. The basal cell carcinoma appears in a percentage of 38,8%. They are found 52,46 malignant and 47,54% of benign tumors.

The problem of the VACCINATED TUMORS is emphasized.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BECH, K. & JENSEN, O. — External ocular tumors. A clinicopathologic study of 300 cases. W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1978.
- DANOPOULOS, E. D. — The first results of a new non-toxic chemotherapy of cancer, (English summary). Arch. Hellenic Anticancer Inst. 6: 174-195, 1970.
- HOGAN, M. J. & ZIMMERMANN, L. E. — Ophthalmic pathology. An atlas and textbook. 2nd ed. W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1962.
- MOHS, F. — citado em JAKOBIEC, F. A. — Ocular and Adnexal tumors. Aesculapius Publishing Company, Birmingham, 1978.
- OFFRET, G. et HAYE, C. — Tumeurs de 18 oeil et des annexes oculaires. Masson & Cie. Ed., Paris, 1971.
- OFFRET, G.; DHERMY, P.; BRINI, A. & BEC, P. — Anatomie pathologique de l'oeil et de ses annexes. Masson & Cie. Ed., Paris, 1974.
- REESE, A. B. — Tumours of the eye. 2nd. ed. Hoeber Medical Division. Harper & Row Publishers, New York, 1963.
- RIBEIRO GONÇALVES, J. O. — Tumores epibulbares. Estudo de 121 casos. Arq. bras. Oftal. 42(5): 196-200, 1979.
- TORRE, D. — Cryosurgery of premalignant and malignant skin lesions. Curts. 8: 123, 1971.