

# Tumores epibulbares

## Estudo de 121 casos \*

João Orlando Ribeiro Gonçalves \*\*

### INTRODUÇÃO

Queremos com o presente trabalho trazer a nossa homenagem ao ilustre oftalmologista Dr. Artur Mais, que a Associação Paranaense de Oftalmologia houve por bem escolher como o homenageado de 1979. Os nossos agradecimentos a essa brilhante Associação por nos permitir, mais uma vez, dizermos algo para tão seleta platéia.

Tendo sido escolhido como tema oficial desse IV Simpósio da APO, os assuntos pertinentes ao segmento anterior do bulbo ocular julgamos por bem trazer a nossa experiência clínica em relação aos TUMORES EPIBULBARES, excluídos aqui aqueles que atingem a conjuntiva palpebral, isoladamente.

Sem dúvida é tarefa difícil para o principiante, e mesmo para o clínico experimentado, o diagnóstico clínico preciso das lesões tumorais e correlatas, situadas nas estruturas anteriores, sobre o bulbo ocular: córnea, conjuntiva bulbar, limbo, prega semilunar e carúncula. O dilema se torna mais importante pois, na maioria dos casos, teremos de decidir a indicação do tratamento mais adequado, quer seja ele a radioterapia ou a exérese cirúrgica, com ou sem biópsia prévia.

A experiência clínica, alicerçada em dez anos de vivência com a oncologia ocular, nos animou a abordar o tema aqui relatado, o qual consideramos de grande importância, mormente para quem vive em clima tropical, como o do Brasil, e principalmente para quem clínica na zona equatorial.

Sem pretensões de apresentar classificações, descrições histológicas pormenorizadas e conceitos etiológicos, descreveremos o tema do modo o mais prático que permita uma visão geral do problema.

### MATERIAL E MÉTODO

O nosso material consta de 121 Tumores Epibulbares, considerados assim aqueles tumores, e patologia correlata, que se situavam sobre a córnea, limbo, conjuntiva

bulbar, prega semilunar e carúncula. Não se incluem no material os tumores encontrados na conjuntiva palpebral isoladamente.

Todos os casos foram examinados na Clínica Oftalmológica do Hospital Getúlio Vargas — Teresina — Pi, entre os anos de 1969 e princípios de 1979.

O estudo histopatológico foi realizado na maioria dos casos, no Serviço de Anatomia Patológica da Fundação Universidade Fed. do Piauí. Os primeiros casos, entretanto, foram examinados pelo Dr. Joaquim Queiroz, em Belo Horizonte e Dr. Valdir Bandeira, em Recife.

### RESULTADOS E COMENTÁRIOS

Recentemente dois autores dinamarqueses, BECH e JENSEN (1978), publicaram uma soberba monografia sobre os Tumores Oculares externos. Procuraremos seguir, na nossa análise, a mesma distribuição dos autores acima.

Os dermóides límbicos foram diagnosticados em pacientes cujas idades variaram entre 7 meses e 21 anos. Os lipomas ocorreram em pacientes abaixo dos 21 anos de idade. A ocorrência dos nevus e da melano-se conjuntival situou-se em pacientes cujas idades variavam de 42 a 12 anos. Os melanomas conjuntivais apareceram em pacientes acima dos 45 anos de idade. Quanto aos carcinomas epidermóides e entidades correlatas observamos a distribuição seguinte: 3 ca. epidermóides abaixo dos 20 anos, 15 entre 20-40 anos e 22 acima dos 40 anos. Os carcinoma "in situ" sempre ocorreram em pacientes acima dos 60 anos. Dos pacientes portadores de xeroderma pigmentosum, o mais jovem tinha 6 anos e o mais idoso 41 anos, por coincidência os dois casos mais graves. Quanto à leucoceratose e disceratose a idade situou-se em torno dos 22 anos. No que tange à distribuição etária em relação aos carcinomas epidermóides, nossos dados estão de acordo com os diversos autores que se dedicaram ao assunto: ZIMMERMAN (1964), OFFRET e HAYE (1971) e OFFRET, DHERMY, BRINI e BEC (1974).

\* Trabalho realizado na Clínica Oftalmológica do Hospital Getúlio Vargas — Teresina — Pi. Centro de Ciências da Saúde — Fundação Universidade Federal do Piauí. Apresentado no IV Simpósio da Associação Paranaense de Oftalmologia, 28 a 30 de abril de 1979.  
\*\* Professor de Clínica Oftalmológica — CCS — F.U.F.Pi.

Quanto aos casos de leucoceratose e disceratose os nossos dados diferem dos de DUKE-ELDER e LEIGH (1965) pois todos ocorreram em pacientes de baixa idade.

O Quadro I mostra a distribuição geral dos nossos casos.

QUADRO I — Tumores epibulbares — 121 casos  
Distribuição segundo idade e sexo

| Faixa etária | Masc.    | Fem. |
|--------------|----------|------|
| 0—9 .....    | 5 .....  | 12   |
| 10—19 .....  | 9 .....  | 11   |
| 20—29 .....  | 10 ..... | 13   |
| 30—39 .....  | 10 ..... | 7    |
| 40—49 .....  | 5 .....  | 3    |
| > 50 .....   | 28 ..... | 8    |
|              | 67       | 54   |

A duração da história — tempo decorrido entre a observação da lesão e o diagnóstico — pode ser observado no quadro que se segue.

QUADRO II — Duração da história 57/121 casos.

|                   |          |
|-------------------|----------|
| até 1 mês .....   | 10 casos |
| 1 a 2 meses ..... | 9        |
| 3 a 6 .....       | 19       |
| 6 a 12 .....      | 12       |
| 13 a 24 .....     | 6        |
| > de 24 .....     | 1        |

Os sintomas, geralmente encaracterísticos, foram em grande parte: ardor, sensação de corpo estranho e lacrimejamento. Um grande número de tumores era contudo assintomáticos.

A localização dos tumores, de um modo geral, e particularmente para os carcinomas epidermóides e lesões correlatas, vai mostrada nos Quadros III e IV. Houve uma diferença na localização em relação à área da rima palpebral e os demais sítios epibulbares. Assim é que o limbo mostrou a presença marcante das tumorações, seguido da conjuntiva bulbar. Com respeito ao carcinoma epidermóide os nossos dados diferem daqueles da maioria dos autores pois encontramos uma preferência nitida para o limbo nasal.

QUADRO III — Tumores epibulbares — 121 casos  
Localização.

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| Limbo .....                 | 64 |
| Limbo nasal .....           | 33 |
| Limbo temporal .....        | 23 |
| Limbo superior .....        | 2  |
| Limbo inferior .....        | 2  |
| N/ especificado .....       | 4  |
| Conjuntiva .....            | 49 |
| Conj. Bulbar .....          | 39 |
| Conj. fund. saco .....      | 8  |
| Prega semilunar .....       | 1  |
| Conj. bulbar e tarsal ..... | 1  |
| Carúncula .....             | 2  |
| Epicorneano .....           | 2  |
| Com invasão orbitária ..... | 4  |

O material estudado por BECH e JENSEN (1978) constou de 300 tumores oculares externos, dos quais somente 64 se situavam na conjuntiva bulbar. Os demais, em torno de 80% dos casos, foram encontrados na conjuntiva palpebral, pele palpebral e região orbitária. No nosso material referente a tumores oculares externos — em torno de 250 casos — encontramos uma forte ocorrência de tumores conjuntivais, aproximadamente 50% dos casos, isto é, os 121 tumores epibulbares aqui relatados.

QUADRO IV — Carcinoma epidermóide e lesões correlatas, localização.

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| Epicorneanos .....          | 2  |
| Limbicos .....              | 47 |
| Limbo nasal .....           | 32 |
| Limbo temporal .....        | 12 |
| Limbo superior .....        | 2  |
| Limbo inferior .....        | 1  |
| Conjuntiva bulbar .....     | 16 |
| Carúncula .....             | 1  |
| Com invasão orbitária ..... | 2  |

A forma dos tumores mostrou-se bastante variada. As formas císticas predominaram para os cistos conjuntivais. Um caso



Fig. 1 — Tumoração brancacenta de superfície escamosa da conjuntiva bulbar: Disceratose.



Fig. 2 — Lesão de coloração esbranquiçada cavalgando o limbo: Leucoceratose.

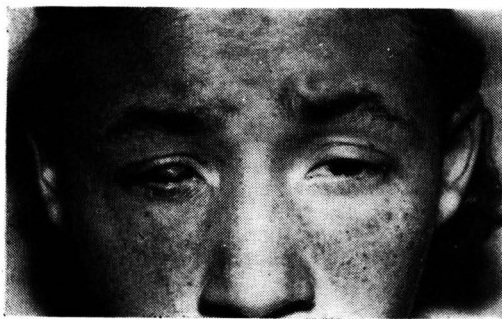


Fig. 3 — Paciente portadora de xeroderma pigmentosum. Notar as placas pigmentares e os tumores verrucosos da pele. Presença de carcinoma epidermóide sobre a córnea do olho direito.



Fig. 6 — Caso raro. [Carcinoma basocelular palpebral no olho direito. [Carcinoma epidermóide vegetante tomando a órbita esquerda. [Carcinoma epidermóide na ponta do nariz.



Fig. 4 — Extensa formação tumoral, difusa, vascularizada, envolvendo toda a superfície corneana: carcinoma "in situ".

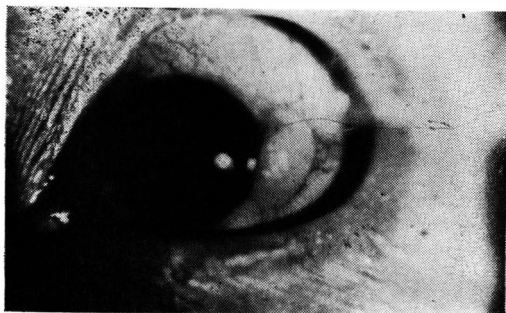


Fig. 5 — Clássico carcinoma de células escamosas no limbo temporal do olho esquerdo. Notar a superfície brancacenta e escamosa.

de nevus intra-dérmico mostrou este formato. Encontramos a forma papilomatosa em todos os casos de papiloma e em 2 casos de hemangioma. O grande predomínio ficou com as formas nodulares, principalmente os casos de carcinoma epidermóide do limbo (Fig. 3) e (Fig. 5). Em 4 casos o tumor se apresentou sob forma vegetante (Fig. 6). O formato difuso foi observado em casos de carcinoma "in situ" (Fig. 4).

A coloração castanho/preto predominou nos nevus, melanose conjuntival e melanoma da conjuntiva. Um caso de hemangioma conjuntival mostrou coloração vermelho intensa. A cor salmão predominou nos carcinoma "in situ". As lesões brancacentas foram verificadas nas leucoceratoses, disceratoses e nos carcinomas de células escamosas (Fig. 1), (Fig. 2) e (Fig. 5). Os lipomas mostraram uma coloração amarelada.

A superfície mostrava-se lisa na maioria dos casos. Ela era escamosa nas leucoceratoses, disceratoses, carcinoma de células escamosas (epidermóide) (Fig. 1, 2 e 5). Este aspecto também foi encontrado nos dermóides limbicos. A superfície ulcerada foi encontrada em um caso de carcinoma epidermóide do limbo. A superfície irregular foi observada em carcinomas epidermóides vegetantes e no caso de papilomatose.

O diagnóstico clínico dos casos aqui relatados vai mostrado no Quadro V, abaixo.

QUADRO V — Tumores epibulbares — 121 casos  
Diagnóstico clínico.

| Tipo                                    | N.º | %    |
|-----------------------------------------|-----|------|
| Carcinoma epidermóide .....             | 56  | 46.2 |
| Carcinoma "in situ" — D. de Bowen ..... | 4   | 3.3  |
| Xeroderma pigmentosum .....             | 4   | 3.3  |
| Leucoceratose do limbo .....            | 2   | 1.7  |
| Disceratose do limbo .....              | 2   | 1.7  |
| Dermóide limbico .....                  | 12  | 9.9  |
| Cisto conjuntival .....                 | 9   | 7.4  |
| Papiloma conjuntival .....              | 8   | 6.6  |
| Lipoma conjuntival .....                | 5   | 4.1  |
| Nevus conjuntival .....                 | 5   | 4.1  |
| Melanose conjuntival .....              | 5   | 4.1  |
| Melanoma conjuntival .....              | 3   | 2.4  |
| Carcinoma basocelular .....             | 3   | 2.4  |
| Hemangioma conjuntival .....            | 2   | 1.7  |
| Rinosporidiose .....                    | 1   | 0.8  |

A análise do Quadro V mostra que os carcinomas epidermóides e lesões correlatas compreendem 56.2% do nosso material, o que contrasta de maneira incisiva com o material de BECH e JENSEN. Um outro da-

do interessante é que esses autores tiveram apenas 1 caso de carcinoma de células escamosas da conjuntiva bulbar, em contraposição com os nossos achados, onde a totalidade desses tumores se situou na conjuntiva bulbar e região limbica.

No nosso material encontramos 73 tumores malignos (60.33%), e 48 benignos (39.67%). Os autores citados acima encontraram no seu material uma incidência de 11% de tumores malignos e 89% de tumores benignos.

Possivelmente a alta irradiação solar em nossa região, explique a grande quantidade de tumores malignos situados ao nível da rima palpebral.

Um outro aspecto diz respeito à correlação clínico-histológica, o que podemos verificar nos esquemas abaixo.

#### CARCINOMA EPIDERMÓIDE

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| Avaliação clínica .....     | 33 |
| Diagnóstico correto .....   | 28 |
| Diagnóstico incorreto ..... | 5  |
| Leucoceratose .....         | 2  |
| Ca. "in situ" .....         | 2  |
| Papil. infectado .....      | 1  |

#### CARCINOMA "IN SITU" — D-BOWEN

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| Avaliação clínica .....     | 4 |
| Diagnóstico correto .....   | 2 |
| Diagnóstico incorreto ..... | 2 |
| Ca. epidermóide .....       | 2 |

#### XERODERMA PIGMENTOSUM

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Avaliação clínica ..... | 4 |
| Ca. epidermóide .....   | 3 |
| Leucoplasia epit. ....  | 1 |

#### DISCERATOSE

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Avaliação clínica .....   | 2 |
| Diagnóstico correto ..... | 2 |

#### CARCINOMA BASOCELULAR

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| Avaliação clínica .....     | 3 |
| Diagnóstico incorreto ..... | 3 |
| Ca. epidermóide .....       | 3 |

#### LIPOMA

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| Avaliação clínica .....     | 5 |
| Diagnóstico correto .....   | 3 |
| Lipoma .....                | 1 |
| Dermolipoma .....           | 1 |
| Fibrolipoma .....           | 1 |
| Diagnóstico incorreto ..... | 2 |
| Cisto de retenção .....     | 1 |
| Hemangioma capilar .....    | 1 |

#### CISTO CONJUNTIVAL

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Avaliação clínica .....        | 4 |
| Diagnóstico correto .....      | 3 |
| Diagnóstico incorreto .....    | 1 |
| Nevus intradérm. cístico ..... | 1 |

Dermóide Limbico ..... 1 caso  
Histopatológico...Hamartoma

Melanoma conjut ..... 1 caso  
Histopatológico...Melanose

Melanose conjut ..... 1 caso  
Histopatológico...Nevus

Rinosporidiose conjut ..... 1 caso  
Histopatológico...Papilomatose

Levando-se em consideração somente os casos avaliados na correlação clínico-histológica houve um diagnóstico correto em 71% dos casos e incorreto em 29%. O maior número de diagnósticos corretos se verificou nos casos de carcinoma epidermóide e o menor número nos 3 casos de carcinoma basocelular da conjuntiva.

Não tivemos nenhum caso de tumor benigno, diagnosticado clinicamente, que o histopatológico tenha demonstrado um tumor maligno. Devemos levar em consideração que em 5 casos de carcinoma epidermóide, 2 casos se tratavam de lesão potencialmente maligna (leucoceratose), 2 casos de carcinoma "in situ" e 1 caso de lesão benigna (papiloma infectado).

#### TRATAMENTO

O tratamento que os tumores aqui considerados varia de acordo com o tipo da tumoração, experiência do autor e dos meios terapêuticos ao seu alcance. Podemos tratá-los do seguinte modo:

1. BIÓPSIA ..... prévia, e em seguida:
2. RADIOTERAPIA
3. CIRURGIA

Devido ao fácil acesso desses tumores e por ainda estarmos nas primeiras fases do tratamento radioterápico, em nosso meio, de lesões sobre as estruturas nobres do bulbo ocular, temos preferido de modo geral o tratamento cirúrgico. Não temos a prática de realizarmos biópsia prévia, pois a consideramos desnecessária na quase totalidade dos casos dos tumores epibulbares.

O Quadro VI resume o tipo do tratamento cirúrgico em nossos casos.

QUADRO VI — Tratamento cirúrgico.

|                               |          |
|-------------------------------|----------|
| Exérese simples .....         | 74 casos |
| Exérese + tio-tepa .....      | 17       |
| Exérese + tio-tepa + Co ..... | 1        |
| Exérese + enucleação .....    | 1        |
| Exérese + exenteração .....   | 1        |
| Enucleação .....              | 1        |
| Exenteração .....             | 1        |
| Exenteração + Co .....        | 1        |

Quanto à preservação, verificamos uma recidiva em 6 casos a saber:

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| Carcinoma Epidermóide .....    | 4 |
| Morte por Metástases .....     | 1 |
| Papilomatose Conjuntival ..... | 1 |
| Fibrolipoma .....              | 1 |

#### RESUMO

O autor analisou sob os aspectos clínico e epidemiológico, 121 casos de tumores epibulbares. Os carcinomas epidermóides e lesões correlatas corresponderam a 56.2 dos casos. Foram encontrados 60.3% de tumores malignos e 39.6% de tumores benignos. O autor prefere o tratamento cirúrgico para os tumores epibulbares. Foram relatados 6 casos de recidiva e 1 caso de morte por metástases em paciente portador de carcinoma epidermóide.

#### SUMMARY

The author has analyzed the clinical and epidemiological aspects of 121 cases of epibulbar tumors. The squamous cell carcinomas and related lesions appears in a percentage of 56.2%. He has found 60.3% cases of malignant and 39.6% of benign tumors. The author prefer the surgical treatment for the epibulbar tumors.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BECH, K. & JENSEN, O. — External ocular tumors. A clinicopathologic study of 300 cases. W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1978.
- DUKE-ELDER, S. & LEIGH, A. G. — The ocular adnexa. System of ophthalmology. vol. VIII/2. Henry Kimpton, London, 1974.
- HOGAN, M. J. & ZIMMERMANN, L. E. — Ophthalmic pathology. An atlas and textbook. 2nd ed. W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1962.
- OFFRET, G. & HAYE, C. — Tumeurs de l'oeil et des annexes oculaires. Masson & Cie, Ed., Paris, 1971.
- OFFRET, G.; DHERMY, P.; BRINI, A. & BEC, P. — Anatomie pathologique de l'oeil et des ses annexes. Masson & Cie., Ed., Paris, 1974.
- REESE, A. B. — Tumors of the eye. 2nd. ed. Hoeber Medical Division. Harper & Row Publishers, New York, 1963.
- ZIMMERMANN, L. E. — Squamous cell carcinoma and related lesions of bulbar conjunctiva. In: BONIUK, M. — Ocular and adnexal tumors. New and controversial aspects. The C. V. Mosby Co., Saint Louis, 1964.

Agradecimentos aos Drs. Joaquim Queiroz, Valdir Bandeira, Raimundo Gerônimo e José Figueiredo, patologistas que muito nos ajudaram. Ao Dr. João Batista Lopes Filho pelo desvelo no levantamento do material constante desse trabalho.