

Pterígio

Análise histopatológica do material fornecido por dois grupos cirúrgicos

Marcello L. de Azevedo *, Shigetaka Sato **, Miriam Nagagami Sotto *** & Maria de Lourdes Higuchi ***

O diagnóstico clínico de pterígio é passível de erro em grande número de casos (1) (2). Trata-se de afecção aparentemente inequívoca na qual a abundância de métodos propostos para a sua cura refletem aspectos desconhecidos dessa entidade nosológica.

Será entretanto o pterígio uma afecção aparentemente inequívoca?

MATERIAL E MÉTODO

A fim de respondermos à pergunta acima, examinamos a histopatologia do material de exérese cirúrgica de pterígios, fornecido por dois grupos de cirurgiões:

I) Um grupo cirúrgico heterogêneo, formado pela equipe oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no qual se incluem Residentes (R-1 e R-2) e Assistentes com experiência comprovada (Grupo I).

II) Um grupo cirúrgico homogêneo, formado por uma equipe de dois oftalmologistas do Hospital Nossa Senhora da Penha (Grupo II).

O diagnóstico pré-operatório foi sempre estabelecido pelos próprios cirurgiões de cada uma das equipes. No Grupo I, não houve qualquer critério prévio de seleção do material, que incluiu pterígios primários e recidivados. No Grupo II, selecionaram-se apenas pterígios primários. Foram examinados 100 casos no Grupo I e 133 casos no Grupo II. O método histopatológico empregado foi a microscopia óptica em cortes de 6 micra de espessura, corados pela hematoxilina-eosina e em alguns casos o tricrômico de Masson. Os critérios de diagnóstico clínico, para ambos os Grupos, baseou-se na anamnese, inspeção e biomicroscopia. Os critérios histopatológicos para a classificação do material já foram expostos por AZEVEDO e ALVES (1).

RESULTADOS

Os resultados dos exames histopatológicos do material excisado dos pterígios diag-

nosticados clinicamente, dos Grupos I e II, estão apresentados na Tabela 1. Ressalta-se aqui a grande porcentagem de erros de diagnóstico nos dois grupos, respectivamente 50,5% e 25,4% dos casos. Foram estabelecidos os seguintes diagnósticos histopatológicos: pterígio vero, pterígio de reparação, dermóide sólido, coristoma, moléstia de Bowen, glândula lacrimal aberrante e material insuficiente. Em cada subgrupo destes, os resultados relativos e incidência de sexo, raça, idade do paciente e tempo médio de evolução, estão representados respectivamente nas Tabelas II, III, IV e V. Supreendeu-nos o grupo etário para os coristomas (39/63 anos) e dermóides (40/68 anos).

TABELA 1

Classificação Histopatológica do material excisado de pterígios (Grupos I e II).

Classificação	Histopatológica	Grupo I (%) Heterogêneo	Grupo II (%) Homogêneo
Pterígio verdadeiro		48	74,6
Pterígio de reparação		30	15,0
Coristoma		12	5,2
Dermóide sólido		5	2,2
Moléstia de Bowen		1	1,5
Glândula lacrimal		1	1,5
Material insuficiente		3	1,5

COMENTÁRIOS

Cumpre-nos salientar que a incidência de erro diagnóstico no Grupo I (equipe heterogênea, sem seleção prévia de casos) foi de 50,5% em 97 casos (houve 3 com material insuficiente), enquanto no Grupo II (equipe homogênea, com seleção de pterígios primários), foi de 25,4% em 133 casos. Será, pois, o pterígio uma entidade nosológica inequívoca e de fácil diagnóstico? Os resultados da presente investigação demons-

* Professor Assistente de Clínica Oftalmológica do Departamento de Oftalmologia e Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Serviço do Prof. Paulo Braga de Magalhães).

** Chefe do Serviço de Oftalmologia do Hospital Nossa Senhora da Penha (São Paulo).

*** Auxiliar de Ensino do Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

TABELA 2
Incidência por Sexo nos Grupos I e II.

Classificação Histopatológica	Masculino		Feminino	
	Grupo I (%)	Grupo II (%)	Grupo I (%)	Grupo II (%)
Pterigio verdadeiro	16,5	29,3	33,0	45,1
Pterigio de reparação	11,3	4,4	19,6	10,4
Coristoma	3,1	0,8	9,3	4,5
Dermóide sólido	0	0	5,2	2,3
Moléstia de Bowen	1,0	0,8	0	0,8
Glândula lacrimal aberrante	0	0,8	1,0	0,8

TABELA 3
Incidência por Raça.

Classificação Histopatológica	Branca		Preta		Amarela	
	Grupo I (%)	Grupo II (%)	Grupo I (%)	Grupo II (%)	Grupo I (%)	Grupo II (%)
Pterigio verdadeiro	54,4	55,6	17,0	17,2	2,0	1,5
Pterigio de reparação	10,5	13,5	3,5	1,5	0,5	0
Coristoma	3,9	3,0	2,5	2,3	0	0
Dermóide sólido	3,1	2,3	1,0	0	0	0
Moléstia de Bowen	1,0	1,5	0	0	0	0
Glândula lacrimal aberrante	0,5	0,8	0	0,8	0	0

TABELA 4
Incidência por Idade nos Grupos I e II.

Classificação Histopatológica	Grupo I (anos)	Grupo II (anos)
Pterigio verdadeiro		
— Variação da idade	18/78	15/79
— Média de idade	44	47
Pterigio de reparação		
— Variação da idade	25/69	18/75
— Média de idade	46	44
Coristoma		
— Variação da idade	39/63	45/69
— Média de idade	49	55
Dermóide		
— Variação da idade	40/68	37/62
— Média de idade	53	48
Moléstia de Bowen		
— Variação da idade	30	18/33
— Média de idade	30	25
Glândula lacrimal aberrante		
— Variação da idade	61	48/51
— Média de idade	61	49

TABELA 5
Tempo médio de evolução em anos para os Grupos I e II.

Classificação Histopatológica	Grupo I	Grupo II
Pterigio verdadeiro	11	7
Pterigio de reparação	7	9
Coristoma	15	15
Dermóide	11	16
Moléstia de Bowen	8	1
Glândula lacrimal aberrante	Indet.	10

tram a inverdade dessa acertiva, podendo estes dados, com as devidas ressalvas, serem extrapolados para a prática oftalmológica em geral.

AZEVEDO e ALVES¹ analisaram pormenorizadamente as características histopatológicas da classificação adotada neste trabalho. Convém, no entanto, ressaltar os aspectos histológicos dos coristomas e dermóides sólidos, porquanto estamos convencidos

de que a sua morfologia microscópica em muito ajudará na avaliação clínica desses casos. Os coristomas são formações em que abundam lóbulos de tecido gorduroso, filetes de terminações nervosas sob a forma de corpúsculos tátteis e fibras musculares lisas, estas e aqueles por vezes em quantidade espantosa, tudo associado a tecido fibroso disseminado e ausência de degeneração elástica, que é um dos apanágios do pterígio verdadeiro. A presença de terminações de filetes nervosos permite-nos admitir serem os coristomas, dissimulados sob a forma de pterígios, formações hipersensíveis, passíveis de uma avaliação estesiométrica (em que pesem as críticas a esse método). Quanto aos dermóides, são formações ectodermais apresentando anexos de pele, tais como glândulas sebáceas e folículos pilosos em regular quantidade, com produção de pelos incolores. Ora, evidentemente uma biomicroscopia cuidadosa descobrirá os pelos que aflorarão ou não à superfície epitelial, mas serão vistos com certeza.

Não sabemos ainda se os coristomas poderão exprimir apenas uma metaplasia do tecido conjuntivo para tecido gorduroso e fibras musculares lisas, como pretendem RAMIREZ e DE BUEN², em pterígios com alentado tempo evolutivo, como se verifica na Tabela V; encaramos com cepticismo essa interpretação, e um de nós já fez a sua crítica em trabalho publicado¹. Não temos igualmente explicação para a exteriorização dos dermóides sólidos sob a forma de pterígios, em idades relativamente avançadas (Tabela IV), pois, é de todos conhecido serem os dermóides límbicos formações características da primeira infância. Quanto à moléstia de Bowen ou carcinoma *in situ* da conjuntiva, admitimos possam passar despercebidos quando muito incipientes; entretanto, os resultados da presente investigação mostram ser indispensável uma boa microscopia obrigatória na propedéutica de todo pterígio diagnosticado à inspeção.

Glândulas lacrimais aberrantes dissimuladas sob a forma de pterígio também surpreendem pelo seu aparecimento entre o fim da quarta e início da sexta décadas, sendo lícito imaginar-se que possam causar hiperlacrimia.

CONCLUSÕES

O presente trabalho demonstra que o diagnóstico clínico de pterígio está sujeito a uma alta porcentagem de erros. Sugere que a semiologia do pterígio deva contar com uma avaliação biomicroscópica mais cuidadosa e extende a necessidade de análise histopatológica em todos os pterígios excisados cirurgicamente. Os resultados da presente investigação levantam uma suspeita sobre todos os trabalhos até hoje feitos sobre recidivas de pterígios, quaisquer que tenham sido os métodos empregados, desde que nesses trabalhos não tenha sido executado um controle histopatológico.

SUMÁRIO

Os AA. apresentam os resultados de uma casuística clinicamente diagnosticada como pterígio, e submetida a exame histopatológico sistemático. A casuística foi fornecida por duas equipes cirúrgicas: o Grupo I por uma equipe heterogênea de cirurgiões (Residentes e Assistentes da Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) e o Grupo II formada por uma equipe homogênea de oftálmico-cirurgiões (Hospital Nossa Senhora da Penha). Verificou-se que o Grupo I errou o diagnóstico clínico de pterígio em 50,5% dos casos, e o Grupo II errou o mesmo diagnóstico em 25,4% dos casos. Ressaltam a necessidade de se realizar uma semiologia mais apurada dos pterígios, com a finalidade de diminuir os erros de diagnóstico, e também que todo pterígio excisado seja submetido a exame anátomo-patológico.

BIBLIOGRAFIA

1. AZEVEDO, M. L. & ALVES, M. R. — Pterígio — Estudo Histopatológico de Material Cirúrgico de 100 casos, Incluindo uma Hipótese Patogênica. *Arq. Bras. Oftal.*, 42(1): 10-5, 1979.
2. RAMIREZ, L. C. & DE BUEN, S. — Hallazgos Clínicos e Histopatológicos en 100 Casos Diagnósticados Clínicamente como Pterigión. *Patología* (México) 10: 135-144, 1972.