

ARQUIVOS BRASILEIROS DE OFTALMOLOGIA

Volume 9

Ano 1946

CISTO ESPONTÂNEO DA IRIS (*)

DR. H. MARBACK — Salvador — Baía

Esta comunicação baseia-se num caso de cisto espontâneo da íris, que tivemos oportunidade e meio.

Observação —

N. S. G. mulher, 27 anos, solteira, branca, professora.

Apresenta-se à consulta em 14-5-43. Diz a paciente que em 1931 percebeu uma pequena mancha na íris do O. D. El parentes têm absoluta certeza de que, anteriormente, dita mancha não existia. Apesar da mancha não aumentar de tamanho nem mudar de cor, muito tem preocupado a paciente. Não sente dor. Nega ter sofrido qualquer traumatismo ocular em sua vida. Ignora casos de doenças oculares na família.

Acuidade visual

$\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D.} = 1 \\ \text{O. E.} = 1 \end{array} \right.$

Exame objetivo —

O. D. Pálpebras, conjuntivas e córnea de aspecto normal.

A íris apresenta uma pequena formação tumoral no quadrante superior temporal. Os movimentos da íris fazem-se livremente. Existe uma discreta deformação do orifício pupilar, que se apresenta retilíneo na

(*) Comunicação apresentada à Seção de Oftalmo-Oto-Rino-Laringologia da Associação Baiana de Medicina — Sessão de 6 de novembro de 1945.

porção correspondente ao cisto. Na câmara anterior, região do ângulo irido-corneano na porção que vai das 9 1/2 às 10 1/2 horas, vê-se um pequeno cisto (fig. 1), que se insinua entre a face anterior da íris e a posterior da córnea, apresentando a forma de uma hemisfera cujo raio é de 1 1/2 a 2mm. aproximadamente. Sob a ação da atropina a pupila dilata-se, não revelando a existência de sinéquias.

À biomicroscopia, as paredes do cisto são transparentes, ver através delas e do seu conteúdo, duas pequenas áreas pigmentadas situadas na sua parede posterior. A parede anterior do cisto, que deixa ver na sua intimidade malhas do estroma iriano, é atravessada por capilares que se continuam com vasos da folha anterior da íris.

Ex. oftalmoscópico — Meios de transparência normal permitindo uma boa imagem oftalmoscópica. Papila de coloração, nível e limites normais. As demais porções do fundo de olho nada apresentam digno de registro.

Anexos — de A. O., anatômica e funcionalmente normais.

Diagnóstico — Cisto espontâneo do estroma da íris.

Tratamento — Esclarecemos á paciente que o único tratamento no seu caso seria a remoção cirúrgica do cisto, compreendida numa iridectomia. A operação foi recusada sob pretexto de que o cisto não lhe trazia incômodo nem lhe estava prejudicando a visão, e, sobretudo, porque ela não se conformava com a idéia do defeito que a operação lhe determinaria. Instruimo-la das possíveis complicações que podem surgir

em casos daquela natureza, e aconselhamo-la examinar-se periodicamente.

Evolução —

São decorridos dois anos e seis meses e a paciente não teve perturbação alguma durante este período. O exame à lâmpada de fenda, deixa ver que durante todo este tempo não houve modificação apreciável no tamanho e aspecto do cisto.

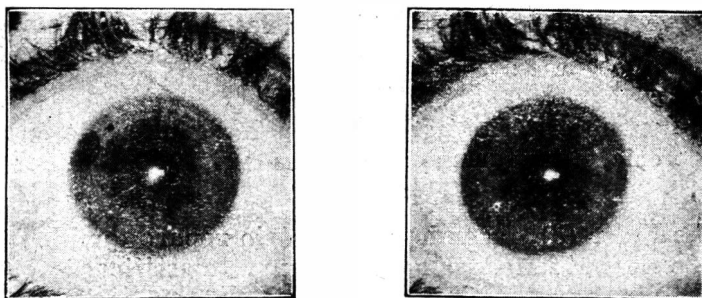


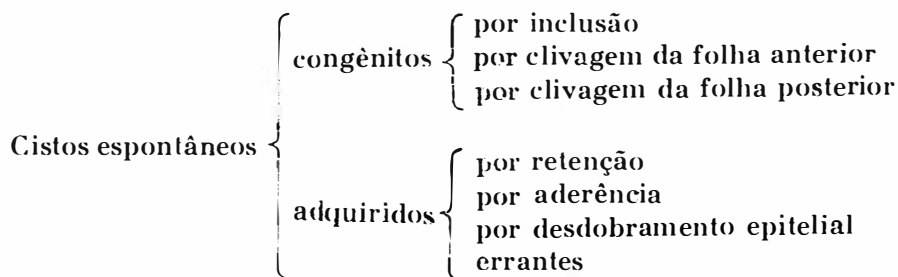
Fig. 1

As formações císticas do tracto uveal ficam localizadas exclusivamente no seu segmento anterior: iris e corpo ciliar. Até hoje não foram descritos cistos no seu segmento posterior, ou coróide.

Estas formações constituem curiosidades para o oftalmologista, não só pela raridade com que algumas formas ocorrem, mas, principalmente, pelas dúvidas existentes quanto à etiopatogenia de determinados tipos.

Exceção feita para os cistos traumáticos por implantação do epitélio e dos cistos parasitários, a etiologia dos cistos da iris permanece desconhecida. É esta a razão pela qual, na impossibilidade de ser feita uma classificação etiológica, os tratadistas têm descrito tais formações, adotando, de preferência, um critério essencialmente morfológico: cisto perlado, seroso, dermoide e parasitário. Exceção dos cistos parasitários, os demais são subdivididos quanto à origem, em: traumáticos, congênitos e espontâneos. Entretanto, o critério entre cistos espontâneos e congênitos varia muito entre os autores. Assim é que H. Villard e Ch. Dejean (1) fizeram, em 1933, um estudo sobre cistos da iris

em geral, adotando a seguinte sistematização, na qual consideram os cistos congênitos como subdivisão dos cistos espontâneos:



Este mesmo critério é adotado por M. Teulières e Beauvieux (2) na descrição das formações císticas da íris no *Traité d'Ophtalmologie*.

Duke-Elder (3), fazendo o necessário reparo quanto à impossibilidade de ser feita, no momento, uma classificação etiológica definitiva, dadas as dúvidas existentes sobre o assunto, apresenta, a título provisório, a seguinte classificação etiológica:

- 1) cistos congênitos
- 2) cistos espontâneos {
 b) no epitélio
 a) no estroma
- 3) cistos traumáticos por implantação epitelial
- 4) cistos de retenção ou cistos exudativos {
 a) no estroma
 b) no epitélio
- 5) cistos degenerativos
- 6) cistos

Neste trabalho ficaremos limitados a alguns comentários sobre os cistos tal), tipo ao qual pertence o caso que tivemos oportunidade de observar.

Como o nome está a indicar, são considerados cistos espontâneos da íris aqueles que surgem sem causa aparente. Eles ocorrem em olhos que nunca sofreram traumatismo, processo inflamatório, glaucoma, ou outra qualquer causa predisponente.

Estes cistos espontâneos ou idiopáticos encontram-se descritos sob designações as mais diversas como: “cisto simples da íris”, “cisto seroso”, “cisto apigmentar” (no pigmented cyst) “cisto primário”.

De um modo geral é adotado um critério topográfico na descrição dos cistos espontâneos da íris

- a) cistos da folha anterior da íris.
- b) cistos da folha posterior da íris.

A estes dois tipos Tertsch acrescentou uma variedade, que, na sua opinião, tem origem numa aderência de um processo ciliar com a superfície posterior da íris. Estes cistos podem crescer para diante, invadindo a câmara anterior, para traz, ocupando a câmara posterior, ou nos dois sentidos, ocupando simultaneamente ambas as câmaras.

Cistos da folha anterior também denominados de *cistos do estroma da íris*. Clinicamente, eles se apresentam como vesículas transparentes ou escuras em olhos inteiramente normais. Raramente estas formações determinam fenômenos reacionários e glaucomas secundários. O caso por nós observado é, evidentemente, de um cisto do estroma da íris.

No que se refere à frequência destas formações, podemos considerá-las como muito raras. Terstch (4), em 1914, apresentou um caso observado na clínica de E. Fuchs. Na revisão que fez sobre o assunto, conseguiu reunir em toda a literatura da especialidade apenas 41 casos, dos quais, 22 apresentavam exame histológico.

Após o trabalho de Terstch são contados os registros de novos casos, que sabemos através de citação: os de Bohm 1916, Rados 1919, Mc. Mullen 1920, Kock 1922, Wood 1925 e Filipow 1930 (5).

E. Schmway (6) apresenta um caso de cisto espontâneo do estroma da íris em uma mulher de 56 anos: o tumor estava localizado na borda ciliar da íris e desviava a pupila para cima,

dando-lhe a forma oval com grande eixo horizontal. O caso de E. Schmway apresenta interesse pelo cisto ter aparecido aos 56 anos de idade, pois uma das características destas formações é ocorrer em pessoas jovens. Metade dos casos registrados manifestou-se em pessoas antes de 10 anos de idade, e 1/3 antes dos 20 anos. A nossa observada não foge à regra, pois, a confiar na sua informação, o cisto apresentou-se-lhe aos 13 anos de idade.

Os estudos sobre a patologia destes cistos espontâneos da íris, deixam dúvidas quanto à natureza das células que const

no que diz respeito à natureza destas formações. Para um grupo de patologistas, as células que formam as delgadas paredes do cisto são endoteliais, pelo que, devem elles ser considerados formações de natureza

Quanto à etiologia, nada sabemos de definitivo; tudo fica no terreno das hipóteses: irritação por corpos estranhos microscópicos; fechamento de uma cripta da íris pelo endotélio; clivagem do endotélio no estroma da íris, como acontece comprovadamente em alguns cistos de origem traumática.

Outros autores, baseados em espécimes que permitem reconhecer as paredes císticas como sendo formadas de células ectodérmicas, defendem o ponto de vista de que são formações de natureza epitelial. Surgem, do mesmo modo, as mais curiosas hipóteses tentando explicar a existência de células, que darão, posteriormente, origem ao cisto: migração durante a formação do feto, de células do ectoderma cutâneo (como ocorre normalmente na formação de vesícula cristalíniana), ou da camada pigmentar anterior (como acontece normalmente na formação da musculatura pupilar).

Dado ao pequeno material existente sobre o assunto, presentemente, não é possível decidir qual destas hipóteses é a mais provável.

Cistos da folha posterior da íris ou cistos do epitélio pigmentar. Elles são mais freqüentes que os primeiros e aparecem em pessoas adultas — justamente o oposto daqueles. Clinicamente, apresentam-se como vesículas isoladas ou múltiplas de tamanho variável, muito escuras, localizadas na borda da pupila ou por traz dela. Ao contrário dos cistos da folha anterior, estas formações apresent

gressivo o que determina a perda total do olho. O exame anátomo-patológico de certos olhos que foram enucleados com diagnóstico clínico de glaucoma absoluto e de tumor maligno demonstra que, na realidade, se tratava de cistos localizados no corpo ciliar. Estes, dada a sua situação, passaram despercebidos ao exame clínico.

Quanto à origem, admite-se que eles resultem de uma persistência da cavidade da vesícula óptica primária.

Os exames microscópicos mostram que a parede posterior geralmente é formada de células do epitélio pigmentar, muito ricas em pigmento, enquanto que a anterior é formada de células não pigmentadas, do estroma.

Em se tratando de cistos espontâneos do epitélio pigmentar da íris, temos que considerar os cistos livres da câmara anterior, denominados também cistos errantes. Villard e Dejean classificam-nos como variedades dos cistos espontâneos adquiridos e são de opinião que não pode existir dúvida quanto à sua origem iriana, por causa do aspecto pigmentar. Admitem ainda a hipótese de serem, primitivamente, cistos pediculados cujo pedículo se partiu espontâneamente ou às custas de um traumatismo.

C. A. Clapp (7) apresentando um caso, faz a revisão do assunto até a data da sua publicação (1928). Estas formações não devem ser confundidas com aquelas que estão em conexão com restos de membrana pupilar, como chamou atenção G. E. Schweitz discutindo o caso de Clapp. Só o exame biomicroscópico permite demonstrar a ausência de relações do cisto com restos de

sem pigmento podem passar despercebidos ao exame a olho nú ou mesmo à iluminação focal.

TRATAMENTO

O tratamento dos cistos da íris, não importa a sua natureza, constitui um sério problema cirúrgico. Dadas as dificuldades decorrentes do ato operatório, muitas vezes resulta na perda do olho.

As paredes muito delgadas rompem-se com facilidade. O conteúdo do cisto perde-se na câmara anterior. É impossível a

remoção total das suas paredes e no fim de algum tempo, na maioria dos casos, o cisto regenera-se. Isto demonstra a ineficácia da simples punção que foi praticada por vários autores, e hoje é inteiramente abandonada.

O uso da punção seguida de injeção de substância irritante no interior da cavidade cística, também tem dado os mais controvertidos resultados. O mesmo pode ser dito da cauterização pela diatermia e pelo gálvano cautério.

Quanto ao critério a adotar na cirurgia dos cistos da iris, podemos generalizar a opinião de Paulo Filho (8), quando se refere particularizadamente ao tratamento dos “Cistos irido-camerunculares post-operatórios”: “a raridade destes cistos faz com que os autores pouca experiência tenham a seu respeito, sobretudo no que se refere ao tratamento. Observando durante toda uma existência apenas um a dois casos, mal têm tempo de aplicar um método de tratamento — aquêle que lhes parece mais adequado ao caso concreto”.

Entre nós também cuidou do assunto Belfort Mattos (9) que, em “Dez anos de cirurgia ocular”, teve oportunidade de operar e descrever as dificuldades na operação de três cistos traumáticos da iris, por inclusão do epitélio.

Tendo de agir-se, não resta a menor dúvida que o mais aconselhável é a remoção total vezes, às custas de uma iridectomia larga que compreenda o cisto.

Bastante ilustrativa é a observação citada por Edmundo Spaeth (10) de um caso operado no Wills Hospital de Filadelfia, por Rankin, que conseguiu a remoção completa do cisto com uma iridectomia larga. Após a incisão da córnea houve o prolapso espontâneo da iris, sendo esta pinçada numa porção do tecido normal próximo ao cisto. Às custas de trações foi a iris libertada do ângulo irido-corneano, permitindo assim realizar uma iridectomia no tecido que abrangia todo o cisto. O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de cisto primário da iris. Comentando o caso e a cura, acentua Spaeth que ambos são raros.

No caso apresentado, nenhum tratamento foi feito. São decorridos dois anos e seis meses com ausência absoluta de sintomas.

BIBLIOGRAFIA

- 1) — H. VILLARD E CH. DEJEAN -- Les Kystes de l'iris — Arch d'Ophthalmologie.
- 2) — M. TEULÈRES ET BEAUVIEUX — Traité d'Ophthalmologie — Tome IV pg. 70 — 1939.
- 3) — DUKE-ELDER — Text-Book of Ophthalmologie — pg. 2431 — 1940.
- 4) — TERSTCH — In H. Villard e Ch. Dejean.
- 5) — DUKE-ELDER — Idem.
- 6) — ED. SCHMWAY — Spontaneous Cyst of the iris — Am. Journ Ophth. pg. 793 — 1931
- 7) — C. A. CLAPP — Report upon a case of free cyst in the anterior chamber — Trans. Am. Opht. Society — 1928.
- 8) — PAULO FILHO — Cisto írido-camerunculares post-operatórios.
- 9) — BELFORT MATTOS — Dez anos de Cirurgia Ocular.
- 10) — EDMUND SPAETH — The Principles and Practice of ophthalmic Surgery pg. 545 — 1941.