

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS LESÕES BLASTOMATOSAS DA MUCOSA CONJUNTIVAL (*)

ATALIBA MACIEIRA BELLIZZI (**)

Das lesões blastomatosas primitivas da órbita e do seu conteúdo, as que melhor se prestam ao diagnóstico precoce são as da mucosa conjuntival. Isto se deve não só pela possibilidade do exame direto e minucioso de toda a mucosa como pelo aparecimento de sintomas objetivos precocemente visualizados e de sintomas subjetivos que incomodam o paciente, obrigando-o a procurar o tratamento. Êstes, prendem-se principalmente à pseudo-inflamação que as acompanham, à perda progressiva da visão, à redução da motilidade do globo ocular e das pálpebras, ao desvio do globo ocular, ao edema palpebral ou mesmo à presença do tumor.

Apesar da facilidade com que se poderia chegar ao diagnóstico e da necessidade urgente de um tratamento precoce, a grande maioria dos doentes

(*) Trabalho apresentado II.º Congresso da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora e II.º Congresso Médico da Zona da Mata, realizado em Juiz de Fora — Agosto de 1956.

(**) Assistente de Anatomia Humana Descritiva e Topográfica da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Prof. Dr. Benjamin Vinelli Baptista. 1.º Assistente da Seção de Cirurgia da Cabeça e do Pescoço do Instituto do Câncer do Serviço Nacional de Câncer — Rio de Janeiro — Brasil. Chefe: Dr. Jorge de Marsillac.

que chega a um serviço especializado — no caso, o Instituto do Câncer — é representada por pacientes com lesões extensas, englobando todos ou quase todos os órgãos orbitários e não raro, com propagação à distância. Outras vezes foram submetidos a intervenções incompletas, o que piora em muito o prognóstico e as condições de operabilidade.

O bom conhecimento das características clínicas, da incidência e da localização habitual, permite maior precisão no diagnóstico e, conseqüentemente tratamento mais fácil e melhores resultados.

Devem ser bem examinados os nódulos, principalmente os que apresentem caráter proliferativo e de evolução crônica. Igualmente examinadas devem ser as ulcerações de evolver tórpido, com sinais de pseudo-inflamação ou mesmo de inflamação concomitante. Êsse exame será mais apurado ainda se houver linfadenopatia satélite. Podemos lembrar que os linfáticos da conjuntiva drenam, segundo Rouvière (1) para os gânglios préauriculares, subauriculares, parotídeos inferiores e submandibulares. Algumas vezes o sinal inicial tem sido mencionado como modificação de coloração da conjuntiva em determinado ponto.

Com os recursos atuais de diagnóstico, embora nem sempre possamos surpreender em fase precocíssima — o que seria desejável — conseguimos a interpretação eficiente dos sintomas e o conhecimento de sua etiopatogenia num espaço de tempo mínimo.

Além do exame direto, de capital importância, feito com auxílio de lentes ou mesmo a olho nu, utilizamos para o diagnóstico a biópsia seguida do exame anatomopatológico, sempre que possível por congelação. Quando este não é possível, é conveniente praticá-la quando o doente estiver preparado para a intervenção que se fizer necessária, a qual deverá ser feita o mais prontamente possível. A biópsia prévia tem contra-indicação nas lesões pigmentadas, principalmente quando houver suspeita de melanoma, pela disseminação rápida que esse ato acarretaria. Nesse caso é preferível a excisão da lesão com exame anatomopatológico imediato.

A citologia ainda não está bem definida para o diagnóstico das lesões conjuntivais, exceto para as lesões avançadas em que não há dificuldade na biópsia, a qual deve ser preferida.

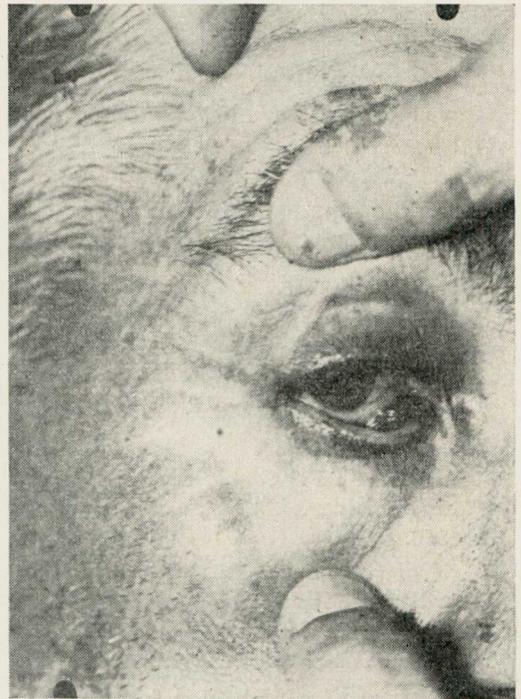
O radiodiagnóstico tem sua indicação máxima para a pesquisa de comprometimento ósseo e de lesões metastáticas à distância.

Os exames de análise clínica constituem eficiente meio de diagnóstico diferencial para as lesões inflamatórias e para as lesões blastomatosas sistêmicas, que muitas vezes têm seu sinal primitivo na órbita.

As lesões blastomatosas e afins mais comumente e observadas na mucosa conjuntival são:

A — ENTRE AS BENÍGNAS

1 — *Hemangioma* — Não é propriamente blastoma, mas sim, displasia vascular sanguínea que pelo seu crescimento contínuo e caráter de neoformação deve ser tratada como tal. É congênito ou surgido logo após o nascimento como modificação de coloração do tegumento, de contornos nítidos e irregulares, avermelhado-vinhosa ou púrpura e que desaparece à vitropressão. Plana ou ligeiramente saliente, algumas vezes de superfície rugosa. Dado a natureza da vascularização da conjuntiva, o hemangioma desenvolve-se sob a mucosa, de modo que esta pode ser deslizada sobre a lesão, a qual, por esta razão é dita subconjuntival. O aspecto macroscópico procuramos lembrar com a fotografia n.º 1.



FOTOGRAFIA n.º 1 — Hemangioma da conjuntiva bulbar.

As lesões pequenas são assintomáticas, porém com o evoluer, determinam pressão sobre o globo ocular, irritação e consequente hiperemia e redução da motilidade da pálpebra, do globo ocular ou de ambos. A hemorragia é a complicação mais frequente, a qual pode dificultar o diagnóstico diferencial com o granuloma e com o sarcoma conjuntivais.

Embora o hemangioma possa se apresentar sob quaisquer de suas formas clássicas, habitualmente essas formas se misturam, com predominância de uma delas. Segundo Samuels (2), o hemangioma primitivo da conjuntiva é raro, o que coincide com a revisão dos casos do Instituto do Câncer. Para Reese (3), o cavernoso é o mais comum nessa localização (em 3 para cada 7 casos) e o angioblástico é o mais raro. O hemangioma cavernoso é encontrado em adultos e jovens; com grande vascularização e seu crescimento embora lento, pode determinar exoftalmia. Por ser encapsulado, há certa facilidade na sua excisão. No hemangioma racemoso, todos os vasos sanguíneos de uma determinada área são atingidos e os de neoformação são bem constituídos, predominando os vasos arteriais. Não raro, aparece associado a lesões idênticas em outras localizações. Os hemangiomas raras vêzes sofrem modificações em seu processo habitual de evolução, esclerosando (formando o angiofibroma), calcificando (após a esclerose) ou ossificando. Também podem se apresentar como lesão associativa a outras lesões blastomatosas ou não. A degeneração em angiossarcoma é excepcional.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com o hemangioma propagado de regiões vizinhas, com o nevo pigmen-

tado, com o granuloma teleangiectásico, com o processo inflamatório crônico e com o linfoangioma. É procedido por intermédio da história clínica, do exame direto e confirmado pelo exame histopatológico de biópsia procedida para tal fim ou mesmo da lesão excisada.

O tratamento indicado é o cirúrgico.

2 — *Linfoangioma* — Equivalente linfático do hemangioma. Também não é propriamente lesão blastomatosas, mas tem grande poder infiltrativo, o que torna difícil a radicalidade de sua extirpação. Consequentemente recidiva com freqüência. É muito raro na conjuntiva, surgindo na órbita em sua forma cavernosa e secundariamente invadindo a mucosa. Apresenta-se nessa localização como elevação recoberta por mucosa finamente granulosa, indolor e irregular, depressível, de coloração acinzentada ou azulada (quando se associa ao hemangioma, formando o hemolinfoangioma), localizada com mais freqüência no limbo. Pode se estender aos tecidos circunvizinhos. É congênito, de crescimento lento e não raro acompanha-se de lesões idênticas em outras localizações.

O diagnóstico diferencial deve ser feito os cistos linfáticos ou linfoangiectasias, que são freqüentes e adquiridos e com o hemangioma (especialmente quando há hemorragia). É obtido pela história clínica, pelo exame direto e pelo exame anátomopatológico procedido de biópsia ou da própria lesão excisada.

O tratamento indicado é o cirúrgico.

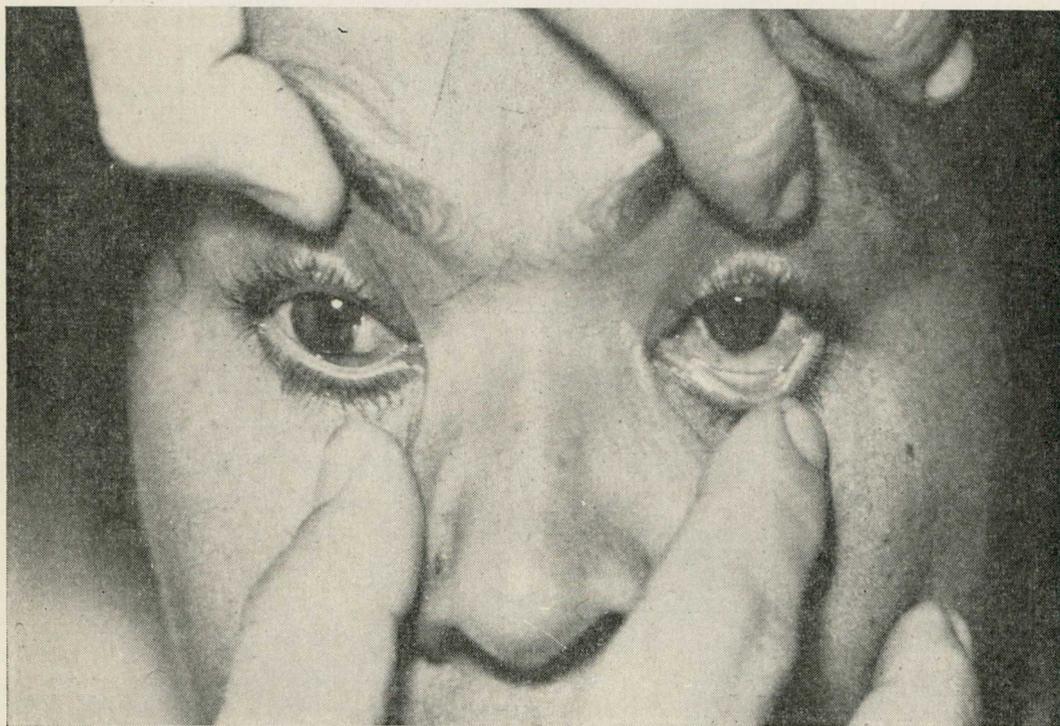
3 — *granuloma teleangiectásico* — Segundo Samuels (2) é provavelmente o tumor epibulbar mais comum. Pelas características clínicas e anátomopato-

lógicas, preferimos classificar o granuloma como lesão afim e não como blastomatosa.

Caracteriza-se pelo desenvolvimento de tecido irregular, pediculado, ricamente vascularizado e facilmente sangrante. De coloração avermelhada, contornado por halo inflamatório, algumas vezes com tecido de granulação. Segundo os clássicos, o granuloma se desenvolve quando há solução de continuidade da conjuntiva, quer traumática, quer operatória. Ginestous (4) considera o granuloma como variedade do polipo e Reese (3) do hemangioma. É mais comum depois de cirurgia para correção do estrabismo, de tenotomias, etc. O despedaçamento da mucosa não constitui no entanto condição essencial para o seu aparecimento, como podemos deduzir do caso publicado por Olivé Leite (5).

O diagnóstico diferencial deve ser feito com o hemangioma, com o linfangioma e com o papiloma, por intermédio dos recursos já citados. O tratamento cirúrgico é o indicado.

4 — *Leucoplasia* — É pouco comum na conjuntiva, sendo evidenciada por placa leitosa, ou amarelada, ligeiramente saliente e endurecida, de contornos nítidos, situada mais freqüentemente no limbo. É indolor, superficial e não acarreta modificação vascular visível ao exame direto. O aumento da vascularização, assim como o aparecimento de reação inflamatória local constituem sinais suspeitos de degeneração, uma vez que a lesão é potencialmente máigna. A paciente da foto n.º 2 anos dá bem a idéia do aspecto macroscópico dessa lesão.



FOTOGRAFIA n.º 2 — leucoplasia.

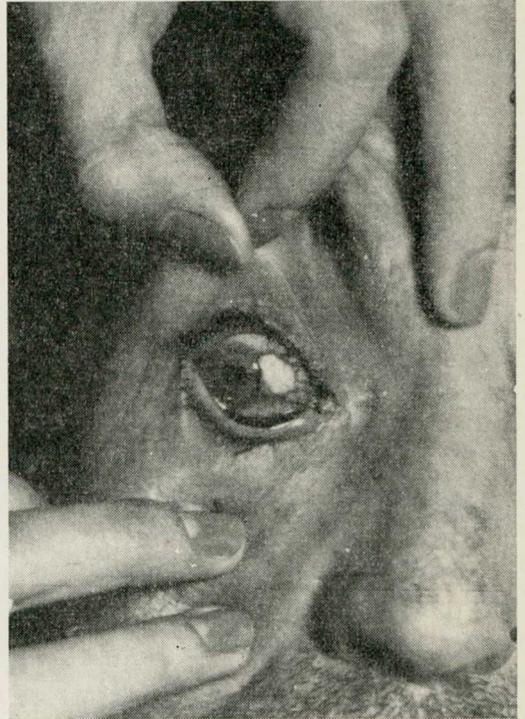
O diagnóstico diferencial deve ser feito com o pterígeo, com o linfoangioma e principalmente com a pinguécua, que é amarelada e subepidérmica.

O tratamento indicado é o cirúrgico. Algumas vezes, quando a lesão tem suas características clínicas bem típicas e pela localização há dificuldade na excisão sem prejuízo das funções visuais, pode ser feito o tratamento expectante.

5 — *Papiloma* — Nódulo saliente leitoso, perolado, bem delimitado, de consistência endurecida, com abundante vascularização sanguínea na base. Pediculado ou sésil, indolor ou doloroso apenas na sua área de implante, de superfície nodulosa e irregular, lembrando o aspecto de um cogumelo ou de vegetação. Originado mais comumente pela hipertrofia da mucosa papilar e localizado no ponto de reunião cutâneo-mucosa (margem palpebral e limbo). Quando pigmentado presta-se a confusão com o melanoma, principalmente nos melanodermas. O aspecto característico do papiloma pode ser visto no paciente da foto n.º 3.

É lesão potencialmente maligna, degenerando no carcinoma espinocelular, com relativa freqüência.

O papiloma causado por vírus é mais comum nos jovens, apresenta-se com o aspecto da verruga simples, tendendo ao corno cutâneo, único ou múltiplo, com lesões idênticas em qualquer segmento do epitélio de revestimento. O papiloma de natureza blastomatosa é observado em indivíduos de mais de 40 anos, tem as mesmas características micro e macroscópicas do precedente, sendo geralmente lesão solitária.



FOTOGRAFIA n.º 3 — Papiloma

A lesão é radioresistente, sendo tratada unicamente pela cirurgia. Para o papiloma causado por vírus, deve-se associar o tratamento clínico.

Conforme suas características microscópicas, o papiloma pode ser pavimentoso ou mucoso. O primeiro é revestido por epitélio pavimentoso estratificado e o segundo por epitélio cilíndrico. O tipo pavimentoso é observado na pele e o mucoso em qualquer mucosa.

Embora alguns autores, entre os quais Samuels (2) faça distinção entre o papiloma e o polipo, nós preferimos a designação de Boyd (6) de papiloma para o tipo pavimentoso e polipo para o tipo mucoso. No caso da localização conjuntival não distinguimos clinicamente uma lesão da outra. Paulo Filho (7), por exemplo, no estudo dos

tumores epibulbares nos afirma que as descrições feitas pelos autores que dêles se ocupam, encontramos elementos que mais identificam os polipos a outras lesões que evoluem para o exterior e assumem a forma polipóide.

6 — *Fibroma*. — Têm por localização mais comum o tecido conjuntivo episcleral. Dêsse modo se identificará por nódulo subtegumentar, bem delimitado, de superfície achatada e lisa, de côr esbranquiçada e brilhante, indolor e aderindo precocemente à mucosa e aos planos profundos.

Predomina em sua estrutura o elemento colágeno e de acôrdo com a sua estrutura será mais ou menos endurecido.

Sua localização conjuntival é excepcional e muito pouco freqüente em sua forma pura, sendo encontrado associado a outros blastomas de natureza conjuntiva. Outras vêzes sofrem alterações degenerativas e metaplásticas.

O tratamento indicado é o cirúrgico.

7 — *Melanoma benígno ou nevo melânico ou neuronevo* — Segundo Reese (3), um têço das lesões conjuntivais são dessa natureza e tem por localização mais freqüente o limbo. É especialmente observado na porção inter-palpebral, na prega semilunar, na margem palpebral e na carúncula. É congênito ou surgido pouco após o nascimento, sendo evidenciado pela modificação de coloração da conjuntiva para o castanho escuro ou para o negro. De contôrno e superfície irregulares, ligeiramente elevada e indolor. O seu crescimento em superfície, por vêzes, apaga a nitidez das bordas e, pela pro-

pagação tende a opacificar a córnea. É simples ou múltiplo e raramente re-gride total ou parcialmente de modo expontâneo. Pode ser encontrado sob qualquer de suas formas clínicas e histopatológicas (juncional, intradérmica e composta). É lesão benígna mas que pode degenerar no melanoma málgno razão pela qual deve, sempre que as condições do enfêrmo o permitam, ser excisada com margem de segurança. Não deve ser praticada a biópsia porque se a lesão estiver degenerada, êsse ato acarretaria rápida disseminação. Mesmo a excisão só deve ser feita quando o paciente estiver em condições de tolerar o ato cirúrgico que porventura se torne necessário para a radicalidade de sua extirpação. A lesão deve ser examinada no menor tempo possível e sempre que as condições o permitirem, por congelação. A degeneração ocorre, segundo Reese (3) em cêrca de 25% dos casos, devendo, por essa razão ser examinada cuidadosamente tôda a lesão.

São sinais suspeitos de degeneração do melanoma benígno o seu crescimento rápido, o aparecimento de sinais inflamatórios, o aumento da circulação sanguínea de sua base, as modificações de sua aparência física e o aparecimento de linfadenopatias satélites.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com o carcinoma basocelular pigmentado, com o nevo vascular, baseado na história clínica, na interpretação das características físicas e confirmado pelo exame anátomopatológico da lesão excisada.

8 — *Tumor dermóide* — É uma das lesões blastomatosas mais comum da conjuntiva e se caracteriza pelo crescimento de tumor globoso, lenti-

cular, de consistência sólida e uniforme. Resulta da invaginação de segmento tegumentar, sendo portanto congênito. Tem por localização usual a margem da córnea, à qual pode se propagar, ocupando parte desta e parte da conjuntiva. É de superfície irregular, indolor, de coloração branca-acinzentada, podendo nele se desenvolver pêlos e ceratinização. Incomoda a visão pela sensação de corpo estranho e pela interposição de imagem. Atingindo maiores proporções, produz astigmatismo, opacidade parcial ou total da córnea, posteriormente estendendo-se à área pupilar. O seu crescimento pode ser exacerbado pelos traumatismos e irritações locais, particularmente na puberdade. Algumas vezes ocorre infiltração lipídica de contorno, o que simula o arco senil. Deve ser diferenciado d'êste pelas características clínicas e pela evolução.

O diagnóstico diferencial deve ser feito também com o cisto dermóide da órbita, que é de consistência cística, e de localização diferente.

O tratamento indicado é o cirúrgico, compreendendo a excisão completa da lesão que deverá ser submetida a exame anatomopatológico. Para prevenir a cicatriz corneana, deve-se proceder a queratectomia laminar superficial e quando as condições o exigirem, pela extensão da lesão, ao enxerto corneano.

9 — *Dermolipoma* — Também chamado lipoma conjuntival, é na realidade submucoso. Lesão congênita, de natureza lipídica, sendo por essa razão amolecida, indolor, nodular ou globosa, desenvolvida usualmente ao nível do canto externo do olho e aderente a face profunda da mucosa. A conjuntiva torna-

se abaulada, mais nitidamente quando o olho está em rotação interna. Segundo Reese (3) estabiliza seu crescimento em pequenas dimensões, sendo o seu maior distúrbio ligado ao problema estético. Samuels (2) no entanto nos afirma que o mesmo atinge grandes dimensões podendo acarretar alterações de ordem regressivas por compressão do aparelho visual.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com o linfoangioma, com o lipoma retrobulbar, com os tumores a com a hipertrofia da glândula lacrimal.

O tratamento é o cirúrgico, poupando-se ao máximo a mucosa (sem prejuízo da radicalidade da extirpação), o que se consegue com um bom descolamento da lesão.

10 — *Teratoma* — Tumor orbitário composto, tumor teratóide; que constitui o remanescente da pluripotencialidade do tecido ectodérmico do limbo e da mucosa do canto interno do olho. Para Paulo Filho (7), o tumor dermóide não é mais que um teratoma maturo.

É identificado por tumor bocelado, formado por tecidos variados que lhe emprestam as características próprias. Dentre êsses, encontramos ácinos sudoríparos, tecido muscular, folículos dentários e às vezes dentes completos, formações glandulares de Krause, lâminas cartilaginosas e ósseas, etc. Hilton Rocha (8) em sua casuística tem um caso de adamantinoma nessa localização. Reese (3) relata em sua experiência, 16 casos de teratomas orbitários.

Os sintomas mais acusados, são exoftalmia, microftalmia (embora em muitos casos o olho possa estar com suas dimensões normais) e dor por

compressão nervosa, além dos sintomas objetivos apontados pela presença do tumor.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com o linfoangioma, com o lipoma e com o pterígeo, pela história clínica, pelo exame direto e confirmado pelo exame anátomopatológico da lesão.

O tratamento indicado é o cirúrgico.

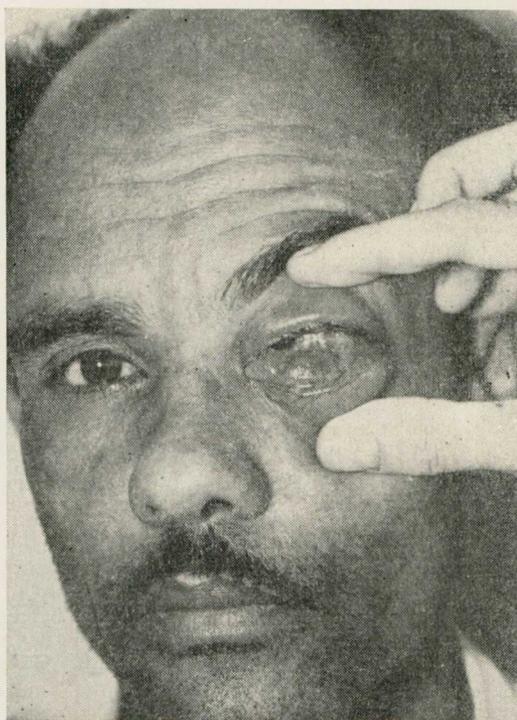
B — ENTRE AS MALÍGNAS

1) *Carcinoma espino celular.* — É a mais comum das lesões malignas da mucosa conjuntival. Sua maior incidência é observada entre os 45 e 55 anos de idade, e a localização inicial mais comum é no limbo. Pode no entanto se desenvolver inicialmente em qualquer ponto da conjuntiva. Tem evolução rápida, mas algumas vezes, por razões desconhecidas, permanece estacionário um longo período nas camadas superficiais da conjuntiva e da córnea, após o qual cresce desordenadamente, não raro se exteriorizando através a fenda palpebral. A penetração no globo ocular só sucede um tanto tardiamente.

Mostra-se como lesão vegetante ou úlcero-vegetante, de dimensões variáveis, dura, friável, sangrando com facilidade. É de contornos irregulares e nítidos, com reação pseudo-inflamatória pelo exagêro de sua circulação sanguínea de contorno. Pela contaminação secundária essa reação aumenta, tendendo à inflamatória, com lacrimejamento, secreção purulenta, perda progressiva da visão e invasão das pálpebras. Ràpidamente metastiza para os gânglios pré, sub-auriculares e sub-mandibulares homólogos. Destrói, com o evolover o globo ocular, as paredes da órbita e se propaga para as cavidades

vizinhas. Pode ou não se formar em lesão benigna pré existente como o (pterígeo (principalmente os proliferantes) e o papiloma. A inflamação crônica também é considerada como fator predisponente à cancerização das lesões benígnas.

As características clínicas dessa lesão podem ser vistas no paciente da foto n.º 4.



FOTOGRAFIA n.º 4 — Carcinoma espino-celular.

O diagnóstico suspeitado pelo exame direto deve ser sistemáticamente confirmado pela biópsia, principalmente tendo em vista a gravidade da lesão e o tratamento que se impõe. Além do mais, a visualização direta da lesão nos permite a colheita do material sem qualquer dificuldade. O radiodiagnóstico pode ser utilizado para a pesquisa de propagação óssea e de lesões à distância.

O tratamento para as lesões pequenas pode ser feito pela roentgenterapia ou pela cirurgia, ditadas pelas condições particulares do caso. Para as lesões médias e grandes, principalmente quando o olho ou as pálpebras estão invadidas, o tratamento cirúrgico é o mais eficiente podendo ser feita roentgenterapia complementar. As linfadenopatias devem ser tratadas pela cirurgia. No Instituto do Câncer, utilizamos para as adenopatias cervicais a exérese ganglionar pela técnica descrita por Ducuing (9) e para as préauriculares com ou sem cervicais concomitantes, a técnica descrita por Prudente e Mélega (10).

2) *Carcinoma do tipo transicional*. — De aparecimento fortuito nessa localização, guarda as mesmas características clínicas do precedente, dêle se distinguindo apenas pelo exame histopatológico. O tratamento segue em linhas gerais as mesmas normas que para o espinoceular.

3) *Carcinoma baso-celular*. — Embora seja a lesão óculo palpebral maligna mais freqüente, sua origem na mucosa conjuntival é excepcional. Quase sempre atinge a conjuntiva por propagação de lesão palpebral. Caracteriza-se pela ulceração rasa de lento evoluer, de bordas avermelhadas e ligeiramente salientes ou mesmo planas. De área granulosa, com pequeno pontilhado mais avermelhado e sinais de inflamação associativa. Deriva da camada basal do epitélio de revestimento, sendo de malignidade apenas local. Só excepcionalmente fornece metástase ganglionar satélite, pois evoluem em superfície, sendo sua localização usual a conjuntiva palpebral. É mais fre-

qüente nos indivíduos de mais de 40 anos e pode se apresentar sob diversas formas clínicas, mas que na verdade constituem comportamentos especiais da mesma lesão. Merecem menção as formas pigmentada, terebrante e a plano cicatricial. A forma pigmentada presta-se à confusão com o melanoma.

O diagnóstico suspeitado clinicamente deve ser sempre confirmado pela biópsia que é de prática fácil nessa localização. Quando houver suspeita de melanoma (nas formas pigmentadas), é preferível a excisão da lesão seguida de seu exame anátomopatológico por congelação.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com o melanoma, com o carcinoma intraepitelial de Bowen, com a ceratose senil, com a úlcera de Mooren, com as conjuntivites crônicas, com a leucoplasia e com as manifestações conjuntivais do xeroderma pigmentosum.

Para melhor exemplificarmos, temos no paciente da foto n.º 5 o aspecto característico do xeroderma pigmentosum. Nesse paciente, de 8 anos de idade uma das lesões cutâneas da margem palpebral superior direita, cancerizou e prontamente se propagou para a conjuntiva, fornecendo o aspecto que podemos perceber.

As lesões luéticas da conjuntiva também podem se prestar à confusão com as lesões blastomatosas. Para melhor identificar, na paciente da foto n.º 6, podemos notar acentuada conjuntivite global, com exagêro da circulação tegumentar, formação de secreção seromucosa, opacidade parcial da córnea. Pequenas áreas erodadas na margem palpebral e no lago lacrimal. As manifestações gerais da doença, associadas as características clínicas e as reações sorológicas para lues fortemente



FOTOGRAFIA n.º 5. Xeroderma pigmentosum. Carcinoma espino-celular da margem palpebral com invasão da conjuntiva e do globo ocular.

positivas nos permitiram chegar ao diagnóstico com a necessária diferenciação.

4) *Carcinoma intraepitelial ou doença de Bowen (manifestação conjuntival) ou disceratose córneo-conjuntival* — Essa afecção foi descrita por Bowen em 1912 (11) que procurou diferenciá-la das lesões semelhantes. Dois anos mais tarde, Darier (12) documentou 5 casos de sua experiência, dando à moléstia o nome pelo qual hoje é conhecido, em homenagem a Bowen.

Os primeiros casos de localização conjuntival da doença de Bowen foram descritos por Mc Gavic (13). Esse autor registrou cinco casos, com os



FOTOGRAFIA n.º 6 — Conjuntivite luética.

quais a afecção ficou perfeitamente definida dentro da nosologia oftalmológica.

É lesão pouco freqüente da conjuntiva, extendendo-se com certa rapidez à córnea. Inicia-se no limbo quase sempre unilateralmente como nodosidade mucosa ou sub-mucosa, levemente saliente, lembrando o aspecto granuloso. É de consistência uniforme e gelatinosa, com acentuada vascularização de contorno e reação inflamatória, a qual pode mascarar o quadro clínico. Pode atingir grandes dimensões sem ulcerar ou perfurar os planos subjacentes. Surge usualmente sob a forma de diversos nódulos que crescendo em superfície se unem uns aos outros, cobrindo a córnea como um verdadeiro véu esbranquiçado, lembrando até certo ponto o aspecto pa-

noso. O seu aspecto hialino com acentuada refringência acarreta aumento do brilho córneo-conjuntival produzido pela reflexão da luz. Sua malignidade é local, não metastatizando, salvo degeneração. É mais comum nos leucodermas, depois dos 45 anos.

Não raro associa-se a lesões cutâneas ou mucosas equivalentes como a doença de Bowen (nessa outra localização) e a doença de Paget cutânea. Podem malignizar para o baso ou para o espino celular sendo no entanto essa degeneração muito morosa. Segundo Mc Gavic (13) essa degeneração ocorre em cerca de 40% dos casos.

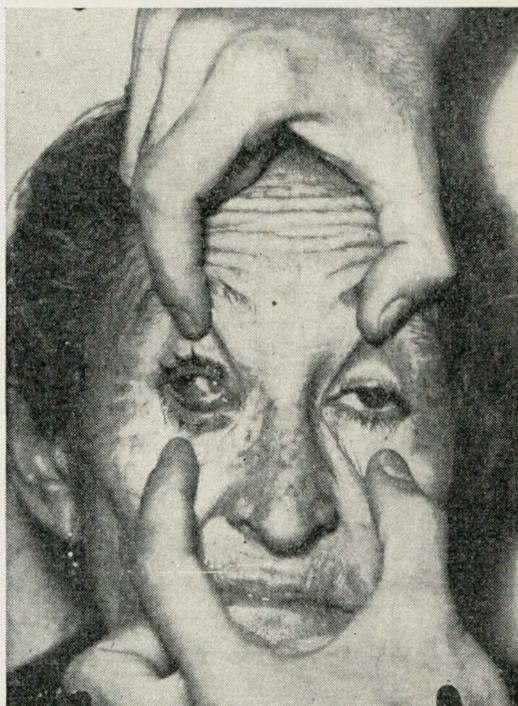
O diagnóstico diferencial deve ser feito, com os recursos usuais com as afecções penosas, com a úlcera de Mooren, com as distrofias epiteliais, com a melanose óculo-palpebral, com a ceratose senil, com as conjuntivites crônicas, com a leucoplasia e com o carcinoma baso celular.

Para melhor fixação podemos notar na paciente da fot on.º 7 o aspecto clínico dessa afecção, embora nesse caso trate-se de lesão avançada com invasão da córnea.

5) — *Melanoma maligno*. — A localização conjuntival do melanoma maligno é muito rara, com poucos casos registrados na literatura.

Quase sempre atinge a conjuntiva secundariamente e por propagação de lesão cutânea das regiões vizinhas ou pela perfuração do globo ocular por lesão coroideana.

Pode derivar de diferentes tipos de melanoblastos, como as células de Schwann, células névicas, células pigmentares da camada basal, etc.. Daí a diversidade (dentro de certos limites)



FOTOGRAFIA n.º 7 — localização conjuntival da Doença de Bowen.

como se porta e de suas características. A teoria neurogênica do melanoma é ainda muito discutida.

Segundo Unna, Nicholson, Willis e Ewing (14) o melanoma maligno surge sempre por degeneração de um nevo pigmentado. Essa percentagem é no entanto muito variável com os autores. Pack (15) em estudo da localização dos melanomas, mostrou que a distribuição mais freqüente dos nevos não é a mesma dos melanomas malignos. Na realidade, é provável que a lesão ou se origine em um nevo ou então a partir das chamadas "lentigo malignas", que são placas acastanhadas que surgem em qualquer idade e cuja localização habitual coincide, como demonstraram Darrier, Civatte e Tzanck (16), com a dos melanomas.

A percentagem de degeneração dos nevos também é variável com os autores. Reese (3) para as lesões oftalmológicas afirma que 25% dos nevo melânicos degeneram.

Excepcionalmente o melanoma surge como lesão múltipla primária. Pack, Scharnagel e Hiller (17) apresentaram 16 casos em 1250 doentes portadores de melanoma (em qualquer localização) registrados no "Memorial Center" de Nova Iorque.

Os sinais clínicos suspeitos de degeneração já foram mencionados no estudo do nevo melânico. O traumatismo referido em 50% dos casos, não nos parece ter influência na malignização, servindo na verdade para focalizar a atenção do doente no nevo que começou a degenerar.

Ocorre igualmente em ambos os sexos, mais comumente entre os 25 e 70 anos. Há um caso referido por Pack, Perzik e Scharnagel (15) cujo paciente tinha 4 meses de idade e outro, referido por êsses mesmos autores em um indivíduo com 86 anos de idade.

Antes da puberdade, o melanoma tem comportamento clínico bem diferente, não fornecendo metástases e portando-se com relativa benignidade.

Não há, no entanto, qualquer diferença anatomopatológica entre o melanoma pré-púbere e o dos adultos. Acredita-se que a diversidade de comportamento esteja ligada a funções endócrinas hipofisárias, e gonadotróficas.

A maior freqüência dos melanomas é observada entre os mestiços e a menor entre os negros.

Clínicamente caracteriza-se pela presença de tumor sólido de consistência amolecida, tamanho variável, muito pigmentado, de côr castanha escura ou

mesmo negra e de rápido evolover. De bordas nítidas e salientes, base estreitada, superfície irregular e bocelada. Localiza-se preferencialmente no limbo e canto interno do olho. Ricamente vascularizado, rapidamente invade o tecido subdérmico, logo atingindo pálpebras, órbita e globo ocular. Metastiza com precocidade para os gânglios pré, subauriculares e submandibulares homólogos e daí para a distância.

O diagnóstico clínico nem sempre é fácil, pois é muito difícil sua distinção com as lesões pigmentadas como o nevo e o carcinoma basocelular. Becker (18) nos fornece dados interessantes a esse respeito, mostrando que em 169 casos em que o diagnóstico foi feito clinicamente, apenas em 72 (43%) o exame anátomopatológico o confirmou. O índice de erro clínico é muito variável com o autor, mas não há dúvida que é sensivelmente menor nas clínicas especializadas.

Para melhor fixação, documentamos com o foto n.º 8 portador de melanoma maligno primitivo da conjuntiva, cuja lesão apresenta o aspecto característico das descrições clássicas. A lesão extirpada pode ser vista na foto n.º 9 ao lado do globo ocular íntegro (demonstrando que não foi lesão corioidiana que se propagou à conjuntiva por perfuração do globo ocular). Esse caso foi por nós publicado em colaboração com Pedro Moacyr de Aguiar.

Acentuamos bem essa diferenciação por ser o melanoma maligno da coróide relativamente mais freqüente e com precocidade atinge a porção epibulbar por perfuração do olho. Nesse caso, a lesão igualmente pigmentada tem base larga (geralmente é acuminada), superfície granulosa, lembrando até certo ponto o aspecto vegetante e



FOTOGRAFIA n.º 8 — Melanoma maligno.

em continuidade com a lesão do globo ocular. Tal aspecto é o que podemos observar no paciente da foto n.º 10. Além dessas características a história clínica e o relato dos sintomas subjetivos precedentes, nos permite a distinção da localização primitiva.

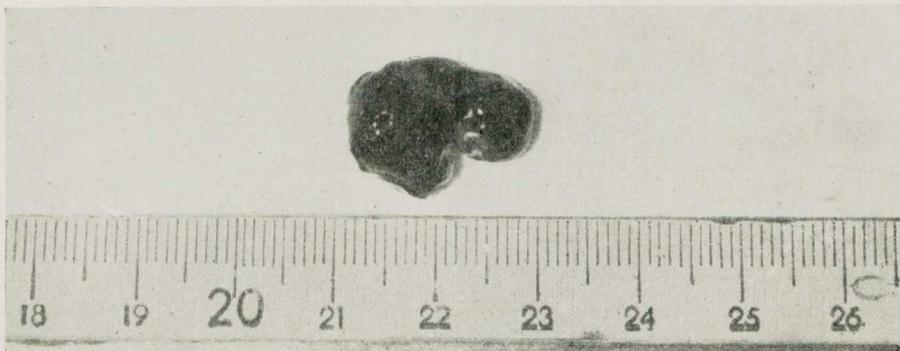
Dos 40 600 doentes registrados no Instituto do Câncer do Serviço Nacio-

nal de Câncer, cêrca de 500 são portadores de lesão oculopalpebral primitiva (a grande maioria é representada por lesão cutânea das pálpebras e suas comissuras). Sòmente dois casos são de melanoma maligno da conjuntiva. Por aí podemos concluir pela sua raridade, perfeitamente confirmada pela vasta literatura a respeito.

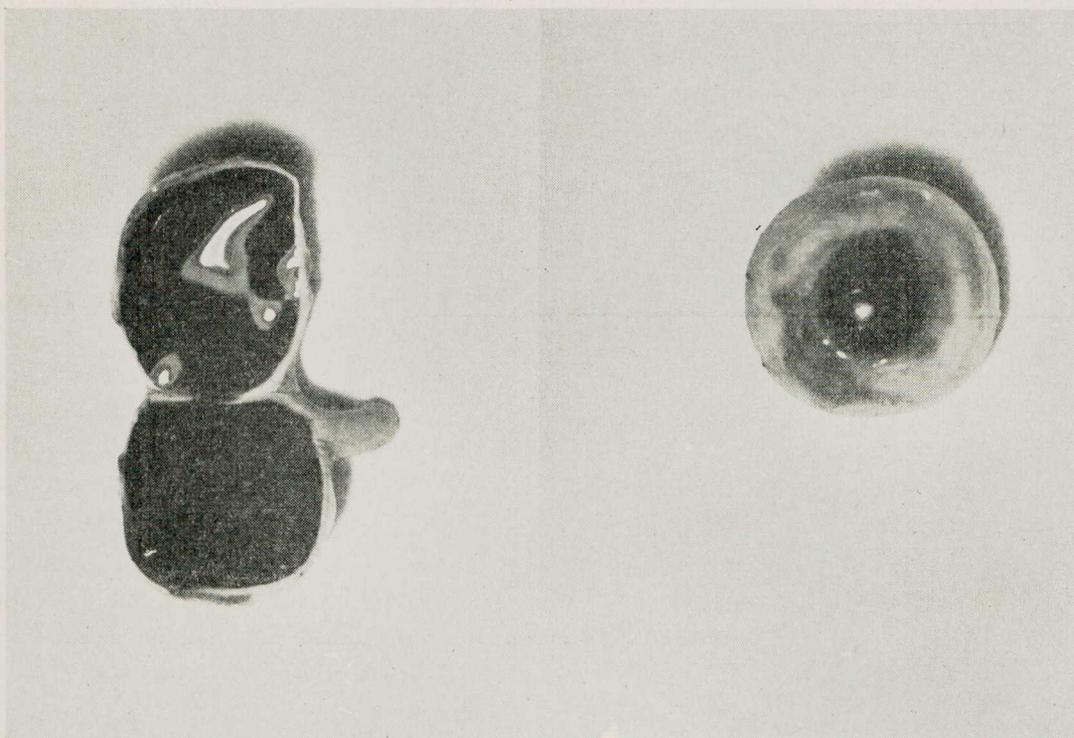
O diagnóstico, suspeitado clinicamente só pode ser firmado pelo exame anatomopatológico da lesão excisada. A biópsia, como já dissemos não deve ser feita. A lesão extirpada com a maior margem de segurança possível deve ser submetida a exame por congelação e se necessário uma intervenção complementar. Esta, deve ser feita imediatamente. As linfadenopatias satélites são removidas pela dissecação em continuidade, conforme a técnica de A. Prudente e H. Mélega (10).

O diagnóstico diferencial deve ser feito também com o carcinoma basocelular pigmentado, com o hemangioma (principalmente quando há hemorragia), com o papiloma pigmentado e com o nevo melânico.

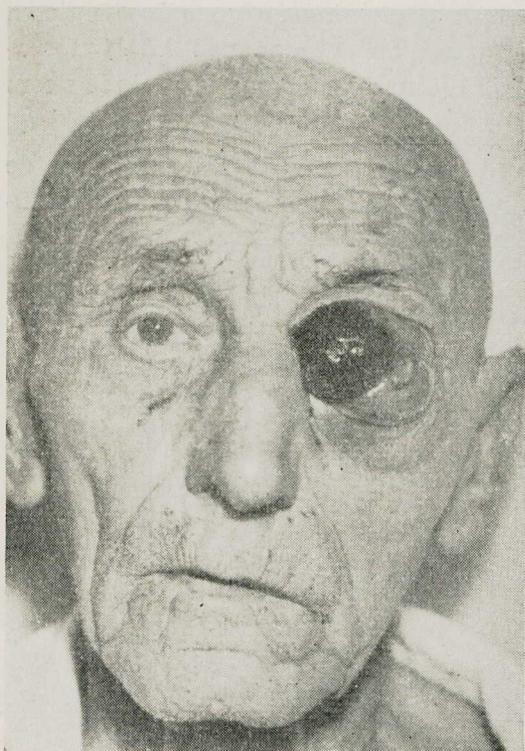
A radioterapia sob qualquer de suas formas é inoperante para o tratamento dos melanomas.



FOTOGRAFIA n.º 9 — A — lesão extirpada do paciente da fotografia anterior



FOTOGRAFIA n.º 9 — B — globo ocular do paciente da foto anterior. Notar a integridade da esclerótica, demonstrando não ter sido lesão coroideana propagada à conjuntiva.



FOTOGRAFIA n.º 10 — Melanoma maligno primitivo da coróide, secundariamente propagado à conjuntiva por perfuração do globo ocular:

6) *Sarcoma* — Grande parte das estatísticas e trabalhos publicados a êsse respeito não podem ser considerados a rigor uma vez que estão organizadas incluindo o melanoma maligno (sarcoma melânico) nesse capítulo.

Ultimamente só os tumores conjuntivos malignos de origem mesodérmica são admitidos como tal e com êsse critério, podemos concluir serem os sarcomas as lesões malignas de maior raridade na conjuntiva.

Usualmente surge nos jovens de qualquer sexo, sob quaisquer de seus tipos (mixossarcoma, fibrossarcoma, osteossarcoma, de células fusiformes ou redondas, etc). No Instituto do Câncer temos três casos primitivos de sarcoma epibulbar; um mixossarcoma, um sarcoma osteogênico (que publicamos em colaboração com Jorge de Marsil-

lac) e um de sarcoma de células fusiformes. Êste, por apresentar as características clínicas típicas da lesão, documentamos com o paciente das fotografias números 11 e 12

De localização no limbo, apresentando-se como proliferação de aspecto carnoso, de base estreitada, com rica vascularização, ulcerando-se tardiamente por distensão da mucosa. Sendo o seu crescimento predominantemente centrípeto, assume o aspecto polipóide e respeita até certo ponto o globo ocular.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com os angiomas, com o papiloma (principalmente o polipóide), com o melanoma, com o tumor dermóide e com o teratoma, por intermédio dos recursos usuais.



FOTOGRAFIA n.º 11 — Sarcoma conjuntival (de células fusiformes)



FOTOGRAFIA n.º 12 — Mesmo paciente da fotografia anterior — visto de frente.

O tratamento que nos oferece melhores resultados é o cirúrgico.

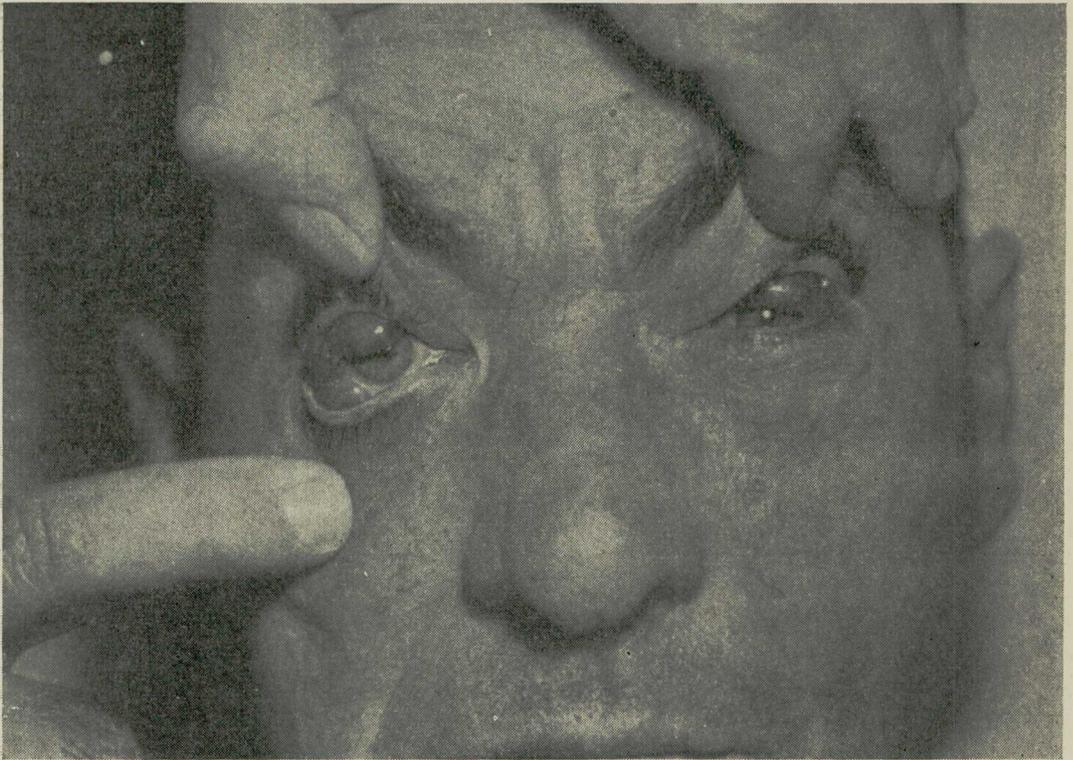
Nesta mesma série de tumores conjuntivais mosenquimatosos malignos, também merecem menção as hiperplasias e neoplasias dos órgãos linfopoéticos, que como podemos deduzir de Rebello, Fialho e Ozolando Machado (19) podem surgir como sinal precoce na mucosa conjuntival. Temos no Instituto de Câncer alguns casos bem característicos dessa manifestação embora a documentação nem sempre tenha sido procedida na fase precoce uma vez que os pacientes em grande maioria já nos aparecem com lesões sistêmicas. O paciente da foto n.º 13 procurou o Hospital por apresentar hiperplasia dos elementos linfóides da conjuntiva, sur-

gindo logo após à mesma, a hiperplasia bi-lateral das glândulas lacrimais e salivares, caracterizando o síndrome de von Mickulicz.

Dado a grande tendência que têm, em se generalizar, assim como a sintomatologia clínica de caráter sistêmico, essas afecções são de diagnóstico relativamente fácil. No entanto é indispensável a sua confirmação pelo exame histopatológico de fragmento ou de uma das lesões extirpadas para tal fim.

RESUMO

No presente trabalho, o Autor acentua a urgente necessidade do diagnóstico precoce das lesões blastomatosas da mucosa conjuntival para obtenção de melhores resultados que os até hoje conseguidos.



FOTOGRAFIA n.º 13 — manifestação conjuntival (sintoma inicial) do linfossarcoma.

Lembra que a condição anatômica da mesma é a que melhor se presta dentre todos os órgãos orbitários para o exame direto e minucioso sem instrumental especializado. Cita os sinais e sintomas mais freqüentes, ilustrando com algumas fotografias. Refere os recursos atuais para o diagnóstico e encerra com comentários sobre as lesões mais freqüentes e a conduta semiológica seguida na seção especializada do Instituto do Câncer.

RIASSUNTO

Nel presente lavoro, l'Autore accenta l'urgente necessità del diagnostico precoce delle lesioni blastomatosi della mucosa congiuntivale per l'ottenimento di migliori risultati.

Accerte che la condizione anatomica della medesima è quella che si presta meglio fra tutti gli organi orbitari per l'esame diretto e minuzioso senza strumentale apesializzato.

Cita i segnali e sintomi più frequenti, illustrando con alcune fotografie.

Rifere i ricorsi attuali per il diagnostico e chiude con rapidi commentari sul le lesioni più frequenti e la condotta semiologica seguita nella sezione specializzata dello Instituto del Cancro.

SUMMARY

In the present paper, the Author emphasizes the urgent necessity of a precocious diagnosis of the neoplastic (blastomatous) diseases of the conjunctival mucosa to get best results.

He reminds us that its anatomic condition is the best opportunities among all the orbital organs for direct and detailed examination without specialized equipment. He indicates the most frequent symptoms and indications and gives some pictures as illustrations. He refers to present resources for a diagnosis and winds up with short comments

on the most frequent injury and the semiologic procedure adopted in the specialized department of the Cancer Institute.

RESUME

Dans le présent ouvrage, l'Auteur met en relief l'urgente nécessité du diagnostic précoce des lésions blastomateuses de la muqueuse conjonctive, afin d'obtenir de meilleurs résultats.

Il rapelle que, de tous les organes orbitaires, cette même muqueuse est celle dont la condition anatomique se prête le mieux à l'examen direct et minutieux sans le secours d'instrument spécialisé.

Il cite les signes et symptômes les plus fréquents illustrant le tout par quelques photographies, fait part des moyens actuels de diagnostic et conclut par un rapide commentaire sur les lésions le plus souvent rencontrées et la conduite sémiologique suivie dans le service spécialisé de l'Institut du Cancer.

CITAÇÕES BIBLIOGRÁFICAS

1. ROVIÈRE, H. Anatomie des lymphatiques de l'Homme — Paris — Masson et Cie. Ed. 1932. 489 pp.
2. SAMUELS, BERNARD — Tumors of conjunctiva and lids — Archives of Ophthalmology — 1941 — Vol. 26 n.º 5. 789-796 pp.
3. REESE, ALGERNON B. — Tumors of the Eye — N. York. Paul B. Hoeber Inc. Harper Book. 1951. 574 pp.
4. GINESTOUS — Ophthalmologie infantile — Paris — Doin Ed. 1923.
5. OLIVÉ LEITE — Tumores do globo ocular e da órbita — Arquivos de clínica oftalmológica e otorinolaringológica. 1939. Ano 6 n.º 1 — 24 pp.
6. BOYD, WILLIAM — Compêndio de Patologia Geral e de Anatomia Patológica. 1.ª ed. português. Ed. Guanabara. Rio. 1946.
7. PAULO FILHO, A. — Tumores epibulbares — Rev. Bras. Oftalmologia: 1951. Vol. 10 n.º 2. 67-106 pp.
8. HILTON ROCHA — comunicação pessoal no II.º Congresso Médico da Zona da Mata — Agosto de 1956.
9. DUCUING, J e DUCUING L. — Les tumeurs malignes des voies aéro-digestives supérieures. Paris. Masson et Cia. 1949 — 582 pp. 1.ª ed.
10. PRUDENTE, ANTONIO e MÉLEGA, HENRIQUE — Nouvelles techniques operatoires dans 1.ª cirurgia du cancer. Paris. Masson et Cie. Ed. 1951. 295 pp.
11. BOWEN, J. F. Precancerous dermatoses. A study of two cases of chronic atypical epithelial proliferation. The Journal of cutaneous diseases. Maio. 1912.
12. DARIER — citado por Paulo Filho (7).
13. MC GAVIC — citado por Paulo Filho (7).
14. EWING, J. Neoplastic diseases. 4.ª ed. ed. W. B. Saunders Co. N. York. 1940.
15. PACK, George; Perzik, S. L.; Charnagel, Isabel M. Treatment of malignant melanoma — California Med. — Maio 1947. Vol. 66 n.º 5.
16. DARIER, J.; Civatte, A.; Tzanck, A. — Naevi pigmentaires. Naevo-carcinome. Précis de Dermatologie. Paris. Masson et Cie. Ed. 1947. p. 994 — 1082.
17. PACK, George T.; Scharnagel Isabel M, Hillyer R. A. Multiple primary melanoma: report a 16 cases. Cancer. Nov-º 1952. 5: 1-110 pp.
18. BECKER, S. W., Pitfalls in the diagnosis and treatment of melanoma. Arch. Dermat. and Syph. Jan.º 1954. 69: 11. p.
19. REBELLO, Emmanuel e Fialho, Francisco e Machado, Ozolando J, — Hiperplasias e neoplasias dos órgãos linfopoéticos. Rev. Bras. Cancerologia. Vol. 7 n.º 10. 6. 1953.