

CISTO CONGENITO ESCLERO-CORNIANO

PER

HILTON ROCHA, M. D.

PABLO GUSTAVO GALVAO, M. D.

Belo Horizonte - Brasil

Cistos congênitos cornianos, esclerais e esclero-cornianos são raros. A observação de um caso "esclero-corniano", longa e minuciosamente estudado, justifica esta apresentação.

Os cistos pròpriamente cornianos são de três tipos (*Bischler, 1947*). Pré-cornianos, intraparenquimatosos, e da face posterior (comunicantes com a câmara anterior). Cistos congênitos primários da córnea são extremamente raros não havendo na Literatura, até a revisão de *Bischler*, nenhum registro.

Os cistos congênitos esclerais são os que nos interessam aqui. São, por vêzes, córneo-esclerais, isto é, situam-se na intimidade da esclera com divertículos intracornianos.

Embora a primeira descrição seja bem antiga, poucos casos se compulsam na Literatura.

Segundo *Bischler (1947)*, *Appia* registrava, em 1853, o caso princeps ("cisto intracorniano"). No ano seguinte, *Mackensie (in Rogman, 1897)* nos dava o

seu caso “escleral”. O caso de *Mackensie* é um bom exemplo da terapêutica válida. Cisto de conteúdo aquoso, cuja cura se conseguiu pela ressecção da parede anterior.

Em 1866, *Waldhauer* (in *Rogman*, 1897) registrou o seu caso “escleral inferior”, curado por incisão e compressão.

Just (1873) descreveu um caso “corniano temporal”, de conteúdo líquido claro, tratado pela incisão sem resultado e curado por excisão da parede anterior.

Em 1893, *Rock* (in *Rogman*, 1897) descreveu um caso em olho colobomatoso, cujos detalhes não nos foram acessíveis.

Em 1896, *Colburn* (in *Bischler*, 1947) descreveu um cisto “esclero-corniano temporal”, contendo líquido claro e tendo sua face anterior constituída por tecido escleral e corniano.

Rogman (1897) nos deu magnífico trabalho trazendo nos, inclusive (parece-nos que pela primeira vez) uma contribuição histológica. O caso de *ROGMAN* foi “esclero-corniano nasal inferior”, curado pela excisão da parede anterior. A histologia mostrou epitélio conjuntival e feixes de tecido conjuntivo.

Em 1907, *Wernicke* (in *Villard*, 1910) descreveu um cisto “límbico superior”, cuja parede anterior excisada mostrou sua natureza escleral.

Em 1910, *Seefeldter* (in *Bischler*, 1947) observou um caso cujos detalhes também nos fogem, mas que mostrava um cisto atingindo o limbo.

Villard (1910) descreveu, com minúcia, um “cisto seroso congênito da esclerótica”, de localização nasal inferior. Embora *Villard* o descreva como cisto escleral, em realidade era córneo-escleral, pois êle mesmo o diz: “cette tumeur empiète la cornée de 1 à 2 millimètres au maximum”. Líquido claro como conteúdo. É muito eloquete que transcrevamos aqui as palavras de *Villard*, relatando o ato cirúrgico, pois nos trazem a convicção de que a terapêutica deva ser sempre a excisão da parede anterior.

Diz *Villard*: “Après avoir mis en place le blépharostat, je fis, parallèlement au limbe scléro-cornéen, une incision de la conjonctive qui recouvrait le kyste, puis je la disséquai avec soin, de façon à dégager toute la face antérieure de la tumeur. Cette manoeuvre fut très facile, mais quand j’essayai de la poursuivre pour disséquer la face postérieure du kyste, que j’aurais voulu énucléer en totalité et sans perforation, je ne tardai pas à m’apercevoir que cela m’était absolument impossible: en effet, comme je m’en étais douté, le kyste était constitué par un véritable clivage des lames sclérales, et pour enlever sa face profonde,

il aurait fallu réséquer une portion étendue de la coque oculaire elle-même. Aussi, je me vis dans la nécessité de le perforer et de n'exciser que la partie antérieure qui était constituée par une lame assez épaisse et qui avait une consistance fibreuse très manifeste. Au moment de la ponction, il s'écoula un liquide transparent, aqueux, sans trace d'hydatides ou de poils. Quand j'eus terminé la résection de toute la paroi antérieure, ce qui ne présenta aucune difficulté, j'eus devant les yeux la face profonde du kyste qui avait un aspect brillant et nacré absolument analogue à celui de la sclérotique; je ne perçus aucune trace de la communication avec l'intérieur du globe oculaire qui garda sa tonicité normale. La face postérieure du kyste se continuait manifestement avec le tissu scléral environnant, mais elle était nettement enfoncée et excavée par rapport à la sclérotique voisine, ce qui démonstrait bien que le kyste était logé, et en quelque sorte creusé, dans le tissu sclérotical. Je curetai soigneusement toute cette face profonde, et, par prudence, je crus bon de cautériser légèrement”.

Willard, como *Rogman*, traz-nos a observação histológica da parede anterior excisada, em que sobressai o revestimento epitelial da cavidade cística. *Willard* conclui: “trata-se, provavelmente, de uma inclusão embrionária do epitélio da conjuntiva bulbar na espessura da esclerótica”.

O caso de *Friede* (1920) tem uma característica original, como acentua *Bischler*: “vesícula que se podia facilmente empurrar para a câmara anterior”.

Em 1926, *Usher* (*in Bischler*, 1947) registrou a cura de um caso pela excisão da parede anterior.

Em 1927, *Nitsch* (*in Bischler*, 1947) descreveu um caso nitidamente “esclero-corniano” de localização nasal, de conteúdo claro, porém com um depósito leitoso à moda de um hipópio. Registre-se essa imagem tipo hipópio, que se repetirá em algumas observações, inclusive a nossa.

Huber (1930) descreveu um caso “esclero-corniano”, de forma lobulada, cuja cura se obteve pela excisão da parede anterior córneo-escleral.

Em 1932, *Custodis* (*in Bischler*, 1947) descreveu um cisto “escleral superior” cuja parede anterior foi excisada, curando-o. Mostrou também o revestimento epitelial por outros comprovado (3 fileiras de células epiteliais).

Em 1937, *Hasebe* (*in Bischler*, 1947) divulgou um cisto “escleral nasal”. Cura obtida pela excisão da parede anterior que também exibia revestimento epitelial.

Vroljik (1941) registrou um cisto “esclero-corniano nasal”. Conteúdo claro com corpúsculos flutuantes. Excisada a parede escleral, *Vroljik* incizou e rebateu

a corniana, para curetar e cauterizar com iodo o seu revestimento interno. Revestimento que a histologia mostrou também epitelial.

Bischler (1947) (da escola de *Franceschetti*) trouxe-nos, com um caso pessoal, magnífica revisão da literatura, que muito nos valeu. O caso de *Bischler* tem grande afinidade com o nosso. Tratava-se de um menino de 10 anos de idade, com cisto “esclero-corniano”, em que se viam muito bem os dois lobos desiguais (o corniano maior que o escleral), unidos por um ístmo límbico quase capilar. O lobo intra-corniano ocupava o quadrante nasal inferior; o pequeno lobo escleral justalímbico estava às IX horas, onde também se localizava o canalículo de interligação horizontal. O cisto corniano era devido à clivagem entre os 2/3 anteriores e o 1/3 posterior da córnea. Ao corte óptico, uma linha branco-brilhante indicava os limites do cisto.

A excisão da parede anterior *escleral* esvaziou também o cisto corniano, que desapareceu definitivamente, fundindo-se as suas paredes. A histologia mostrou que o revestimento do cisto era epitelial (do tipo conjuntiva bulbar).

Para *Bischler*, o cisto iniciou-se na esclerótica invadindo, secundariamente, o parênquima corniano onde tomou proporções agigantadas.

Ruedmann (1956) observou um cisto “esclero-corniano nasal”, de conteúdo líquido claro com depósito leitoso, cuja excisão da parede anterior levou à cura. Também aqui o revestimento epitelial do cisto se comprovou.

Esta revisão bibliográfica se resume no quadro anexo. Anotemos que, no período que se seguiu à descrição de *Ruedemann* (1956) não encontramos, percorrendo a literatura oftalmológica, nenhuma monografia sobre cistos congênicos córneo-esclerais.

Nossa observação

No dia 10 de Outubro de 1949, examinamos uma menina com 4 anos de idade, brasileira, residente em Lavras (Minas Gerais-Brasil).

Mãe teve dois abortos (não sífilíticos e não provocados). A gestação da nossa cliente foi normal, como também o parto, a termo.

A mãe informa que, aproximadamente há 2 anos, surgiu em OD uma formação inferior que a pouco e pouco se espalhou pela córnea acima. Não tivemos possibilidade de saber se essa localização inferior foi *escleral* ou, como parece mais provável, *límbica* inferior às VI horas.

CISTO CONGENITO

A opacidade corneiana era piriforme, afunilando-se no limbo às VI horas onde se perdia (Fig. 1). Localizava-se, preferentemente, nas camadas mais profundas do parênquima, exibindo pontos ou nódulos mais leitosos. Não havia nenhum aspecto cístico. Ausência de qualquer outra anomalia.

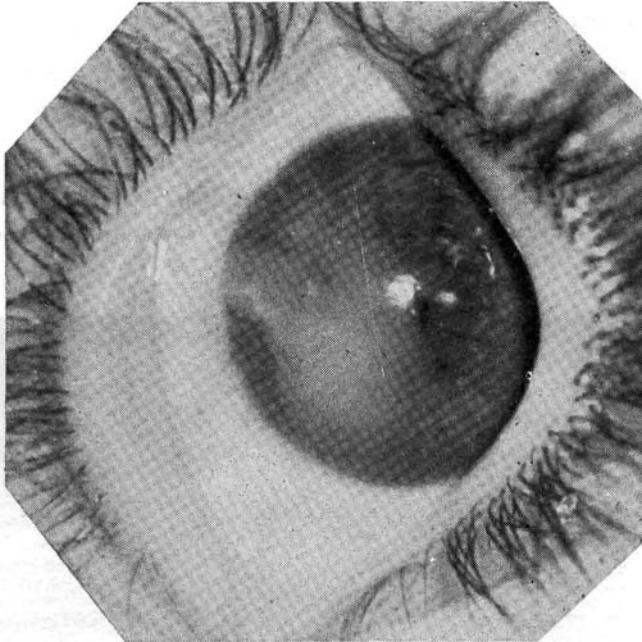


Figura 1 - Aspecto de OD por ocasião do primeiro exame (paciente com 4 anos de idade). Opacidade corneiana afunilando-se no limbo às VI horas, sem aspecto cístico. Esclera aparentemente normal.

Os exames complementares então realizados permitiram a suspeita da natureza tuberculosa do processo cerático. Isso porque a reação de Mantoux foi positiva e existia um gânglio calcificado no mediastino. Mas nenhum processo pulmonar evolutivo. Contudo, o tratamento específico foi instituído, e prudente roentgenterapia ocular prescrita. A opacidade estacionou, o olho tranquilizou-se e perdemos o contato com a paciente.

A 21 de Setembro de 1954, cinco anos após o primeiro exame, voltou-nos a paciente porque OD se inflamou e a opacidade recrudescceu. Realmente, a opacidade se intensificou à moda de um hipópio intracorneano, isto é, sedimentando-

se uma camada mais leitosa cujo nível alterava um pouco com a posição da cabeça.

Já então (1954), o corte óptico não deixava dúvida sobre a formação cística. O conteúdo do cisto clivava a córnea profundamente: entre os 2/3 anteriores e o 1/3 posterior. Mesmo afunilamento anterior ao nível do limbo, mas nada se percebia na esclera.

Firmamos, então, o diagnóstico de “cisto corniano congênito” e acenamos com a prospeção cirúrgica.

A doente só nos voltou nove anos após (Janeiro de 1964), já agora com o quadro novamente alterado. É que, ao lado do quadro corniano, mais ou menos inalterado, surgira formação vesiculosa ou cística sub-conjuntival inferior, com halo congesto (Fig. 2).

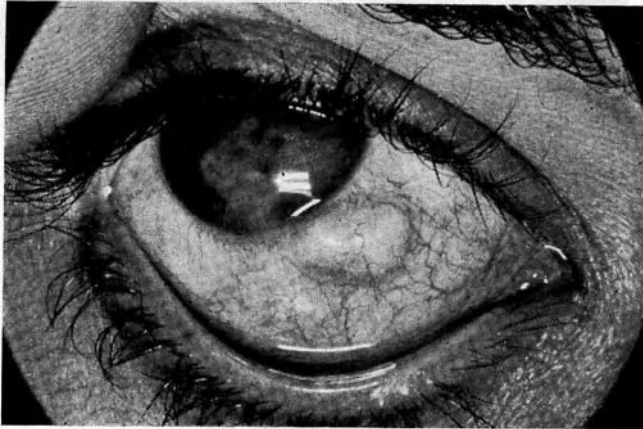


Figura 2 - Aspecto de OD quinze anos após o primeiro exame (paciente com 19 años de idade). Ao lado do quadro corniano, nitidamente cístico, havia formação sub-conjuntival cística inferior com halo congesto. Notar discreto estrangulamento.

Resolvemos puncionar essa formação subconjuntival. A punção denotou resistência do tipo “escleral” de sua parede, dando saída a pequena quantidade de líquido, que no entanto se refez inteiramente dentro de 25 dias.

A biomicroscopia cuidadosa e com a punção evacuadora, caracterizava-se, sem dúvida, um cisto escero-corniano inferior. O lobo corniano piriforme afunilando-se inferiormente às VI horas, onde se entrevia o canalículo de ligação com o cisto

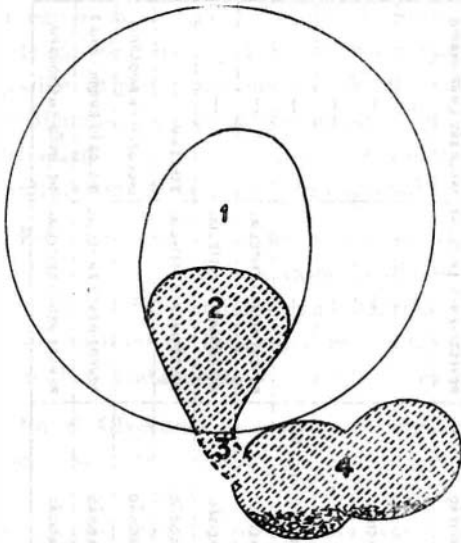


Figura 3 - O cisto corneano (2) continua-se inferiormente com um canículo escleral profundo (3) mal definido, que se abre no cisto escleral (4), êste bem visível, quase sub-conjuntival, e com pequeno estrangulamento central. Anote-se um depósito leitoso no fundo do cisto escleral.

escleral recém-aparecido (Figs. 3 e 4). A parede anterior do cisto corneano era leitosa, bem como a posterior (sendo esta de opacidade mais densa).

A gonioscopia da metade inferior (única viável) nada adiantou, apenas nos mostrando pigmentação trabecular. A citologia do líquido da punção revelou

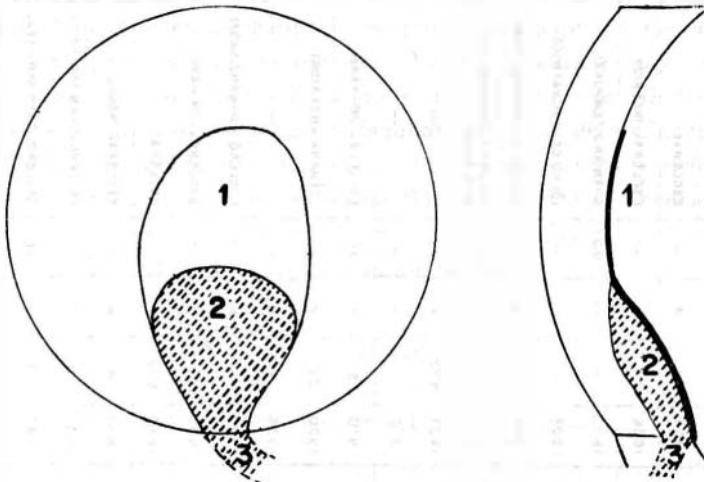


Figura 4 - A opacidade corneana exibe duas porções distintas: uma central (1), não cística que, ao corte óptico, se localiza, como linha leitosa e pontos brilhantes, na zona da membrana de Descemet; e outra inferior (2) realmente cística, continuandose, inferiormente, com o canalículo de ligação (3).

CISTOS CONGÊNITOS DA ESCLERA E DA CÓRNEA

AUTOR	ANO	IDADE	SEXO	ÔLHO	TOPOGRAFIA	CONTEÚDO	TRATAMENTO	HISTOLOGIA	ETIOPATOGENIA
APPIA	1853	—	—	—	INTRA-CORNIANO	—	—	—	—
MACKENZIE	1854	10	M	—	ESCLERAL	—	EXCISÃO	—	—
WALDHAUER	1866	13	—	—	ESCLERAL INFERIOR	—	INCISÃO	—	—
JUST	1873	—	—	OD	CORNIANO TEMPORAL	LÍQUIDO CLARO	INCISÃO	—	—
BOCK	1893	—	—	—	(ÔLHO COLOBOMATOSO)	—	—	—	—
COLBURN	1896	15	M	—	ESCLERO-CORNIANO TEMP.	—	—	—	—
ROGMAN	1897	13	F	OE	ESCLERO-CORNIANO INFERIOR NASAL	LÍQUIDO CLARO	EXCISÃO	SEM REVESTIMENTO EPIT.	FENDA FETAL
WERNICKE	1907	5 1/2	F	OE	—	—	EXCISÃO	—	—
SEEFELDER	1910	—	—	—	—	—	—	—	INCLUSÃO EMBRIONÁRIA
VILLARD	1910	5	F	OD	ESCLERAL INF. NASAL	LÍQUIDO CLARO	EXCISÃO	REVESTIMENTO EPITELIAL	INCLUSÃO EMBRIONÁRIA
FR IEDÉ	1920	20	F	—	(CÂMARA ANTERIOR)	—	—	—	—
USHER	1926	4	M	—	—	—	EXCISÃO	—	—
NITSCH	1927	6	M	—	ESCLERO-CORNIANO NASAL	LÍQUIDO CLARO DEPÓSITO BRANCO	—	—	—
HUBER	1930	13	M	—	ESCLERO-CORNIANO	—	EXCISÃO COR. ESCL.	—	—
CUSTODIS	1932	3 1/2	M	—	ESCLERAL	—	EXCISÃO	REVESTIMENTO EPITELIAL	—
HASEBE	1937	4	M	—	ESCLERAL NASAL	—	EXCISÃO	REVESTIMENTO EPITELIAL	—
VROLIJK	1941	10	F	OE	ESCLERO-CORNIANO NASAL	LÍQUIDO CLARO	EXCISÃO	REVESTIMENTO EPITELIAL	SCHLEMM
BISCHLER	1947	10	M	OE	ESCLERO-CORNIANO NASAL	LÍQUIDO CLARO DEPÓSITO BRANCO	EXCISÃO	—	INCLUSÃO EMBRIONÁRIA
RUEDEMANN	1956	23	M	OE	ESCLERO-CORNIANO NASAL	LÍQUIDO CLARO DEPÓSITO BRANCO	EXCISÃO	REVESTIMENTO EPITELIAL	INCLUSÃO EMBRIONÁRIA ?
ROCHA E GALVÃO	1967	22	F	OD	ESCLERO-CORNIANO INF.	LÍQUIDO CLARO DEPÓSITO BRANCO	EXCISÃO	REVESTIMENTO EPITELIAL	INCLUSÃO EMBRIONÁRIA

52

HILTON ROCHA - PAULO GUSTAVO GALVÃO

CISTO CONGENITO

“alguns polimorfonucleares neutrófilos e alguns núcleos incaracterísticos”. A tensão ocular era normal. A injeção endovenosa de fluoresceína não coloriu o cisto, mostrando-o, assim, independente da câmara anterior.

A cirurgia impunha-se e a realizamos em Junho de 1964. Incisada a conjuntiva, expusemos o lobo escleral que era oblongo de grande eixo horizontal. Ressecamos a parede anterior do cisto escleral o que propiciou, também, o esvaziamento do cisto corniano. Cauterizamos com iôdo a face profunda do cisto escleral e todo o revestimento interno do cisto corniano. Sutura conjuntival.

O caso evoluiu identicamente ao de *Bischler* (1947), fundindo-se, definitivamente, as paredes do cisto corniano, para não mais se reformar a coleção cística. Cura.

O exame histológico da parede escleral excisada reproduziu, aproximadamente, a imagem publicada por *Villard* (1910) revestimento epitelial.

COMENTÁRIOS

A evolução do nosso caso não deixa dúvida sôbre o diagnóstico: “cisto congênito esclero-corniano”.

Sua evolução foi, porém, singular, desnortando, inicialmente, o diagnóstico.

Por outro lado, a inexistência *aparente* de um lobo escleral permitiria uma interrogação improvável: teria sido a córnea o ponto de partida do processo cístico. —Sabe— se que, por vêzes (como no caso de *Bischler* o componente escleral primário pode ser de muito ultrapassado pelo componente corniano secundário. Mas, em nosso caso, só muito tardiamente se pode caracterizar o componente escleral. O possível é que este último preexistisse, apenas minúsculo e profundo, não permitindo sua comprovação. Fica-nos a impressão de que, também aqui, o cisto esclero-corniano teve, como ponto de partida, a esclera.

Quanto à terapêutica, uma vez estabelecido o diagnóstico, parece tranquila a indicação cirúrgica, que terá sempre como base a excisão da parede anterior do componente cístico *escleral* e a cauterização do epitélio de revestimento. Quanto ao cisto corniano, poderá ou não exigir a incisão de sua parede anterior para a curetagem ou cauterização de seu revestimento; mas só por exceção pensar-se-ia em excisar a parede anterior do cisto da córnea. Curado o cisto, sim. Como no nosso caso, restando opacidade cicatricial residual que comprometa a visão, caminhar-se-á para a ceratoplastia que não será terapêutica do cisto, mas do leucoma residual.

Finalmente, algumas palavras sôbre a origem dêsses cistos. Várias hipóteses têm sido aventadas. Divertículo da câmara anterior? Relação com a fenda fetal
Relação com o canal de Schlemm?

Parece-nos que a hipótese mais racional, inclusive pelo achado habitual do epitélio de revestimento, é que se trate de um cisto de inclusão. Como diz *Bischler* (1947): “une incusion embryonnaire de l'épithelium bulbo-conjonctival de la sclérotique en voie de constitution, constitue une explication tout à fait satisfaisante”.

RESUMO

Descrição de caso de cisto congênito córneo-escleral observado em criança de 4 anos de idade e cuja evoluçã foi seguida durante 18 anos. O tratamento cirúrgico, realizado 16 anos após o primeiro exame, constou de excisão da parede escleral anterior e cauterização com iôdo. O exame histológico mostrou revestimento epitelial da cavidade cística. A hipótese etiopatogênica mais satisfatória é a de cisto de inclusão embrionária.

SUMMARY

A congenital corneoscleral cyst in a child 4 years old is briefly described. Surgical treatment consisted of excision of the anterior scleral wall and chemical cauterization with iodine. Histological examination showed epithelial lining, according to the etiopathogenic hypothesis of embryonary inclusion cyst.

REFERENCIAS

- APPIA (1853) *in* BISCHLER, V. - 1947 - Un cas de kyste congénital scléro-cornéen. *Ophthalmologica*, 114:371-376.
- BISCHLER, V. - 1947 - Un cas de kyste congénital scléro-cornéen. *Ophthalmologica*, 114:371-376.
- BOCK (1893) *in* ROGMAN - 1897 - Kyste séreux de la sclerotique. *Ann. d'ocul.*, 177: 115-123.
- COLBURN (1896) *in* BISCHLER, 1947.
- CUSTODIS (1932) *in* BISCHLER, 1947.
- FRIEDE (1920) *in* BISCHLER, 1947.

CISTO CONGENITO

- HASEBE (1937) *in* BISCHLER, 1947.
- HUBER, W. a. - 1930 - Cystic degeneration of cornea and sclera. *Am. J. Ophth.*, 13:424.
- JUST - 1873 - Un cas de kyste de la cornée. *Res. em Ann. d'ocul.*, 70:255.
- MACKENSIE (1854) *in* ROGMAN - 1897 - Kyste séreux de la sclérotique. *Ann. d'ocul.*, 117:115-123.
- NITSCH (1927) *in* BISCHLER, 1947.
- ROGMAN - 1897 - Kyste séreux de la sclérotique. *Ann. d'ocul.*, 117: 115-123
- RUEDEMANN, A. D. Jr. - 1956 - A corneoscleral epithelial inclusion cyst: a rarely clinicopathologic entity. *Am. J. Ophth.*, 41:316-317.
- SEEFELDER (1910) *in* BISCHLER, 1947.
- USHER (1926) *in* BISCHLER, 1947.
- VILLARD, H. - 1910 - Kyste séreux congénital de la sclérotique. *Arch. d'ophth.*, 30:36-43.
- VROLIJK, M. - 1941 - Corneoscleral cyst. *Acta Ophthalmologica*, 19:44-51.
- WALDHAUER (1866) *in* ROGMAN, 1897.
- WERNICKE (1907) *in* VILLARD, 1910.

Faculdade de Medicina da
Universidades Federal de Minas Gerais
Clínica Oftalmológica