

DEPÓSITO AMILOIDE CONJUNTIVAL COMO CAUSA DE PTOSE PALPEBRAL: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Yolanda Souza Mares

Profa. Suzana Matayoshi

Juliane Cardoso Rodrigues

Carolina Nicolela Susana

DEPÓSITO AMILOIDE CONJUNTIVAL COMO CAUSA DE PTOSE PALPEBRAL: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Yolanda Souza Mares, Profa. Suzana Matayoshi, Juliane Cardoso Rodrigues, Carolina Nicolela Susanna

Hospital das Clínicas da FM-USP

INTRODUÇÃO

O amiloidose é um grupo de doenças complexas causadas pela deposição extracelular de proteína fibrilar insolúvel patológica em órgãos e tecidos, causando sua disfunção. Pode apresentar uma ampla variação de sintomas, sendo desde praticamente assintomática, até causar disfunção orgânica grave, a depender do órgão afetado. Devido à alta heterogeneidade de apresentações e à infreqüência de sua ocorrência (principalmente na forma localizada), a suspeição clínica costuma ser baixa, o que pode postergar o adequado diagnóstico e seu tratamento.

O objetivo deste trabalho é apresentar um quadro atípico de amiloidose conjuntival primária restrita à párpada superior esquerda, sem quaisquer condições predisponentes ou envolvimento sistêmico.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 45 anos, sem quaisquer comorbidades prévias ou uso diário de medicamentos. Iniciou acompanhamento no departamento de Plástica Ocular do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo devido ptose unilateral à esquerda de aparecimento há cerca de 10 anos.

Após investigação de seus antecedentes oculares, não foi identificada causa que justificasse o quadro unilateral em mulher saudável; não apresentava histórico de trauma, uso de lente de contato, atopia, prurido ocular excessivo ou mesmo uso de alongamento de cílios. Também não apresentava variação do grau de ptose ao longo do dia.

Procedeu-se ao exame palpebral e periocular: dermatoclasé, ptose da cauda dos supercílios, distância margem-reflexo 1 (DMR1) de 4 e 1 mm, função do tendão do músculo levantador da párpada superior (FTMLPS) de 15 e 14 mm, fenda palpebral de 10 e 7 mm. A pele era trofica, sem dermatites, cicatrizes ou abaulamentos. O teste com colírio de fentilefrina a 10% mostrou resposta ausente na elevação palpebral (Figura 1). A cirurgia indicada foi a refixação da aponeurose do MLPS via posterior (transconjuntival) unilateral à esquerda, blefaroplastia superior e elevação direta da cauda dos supercílios.

Durante o procedimento cirúrgico, a blefaroplastia e elevação dos supercílios transcorreu sem problemas; no entanto, ao realizarmos a eversão palpebral para iniciar a correção da ptose, observamos placa amarelada de aspecto lipídico na conjuntiva tarsal superior esquerda, firmemente aderida à conjuntiva, porém não infiltrativa, nem localmente invasiva (Figura 2). A conjuntiva tarsal direita não apresentava alterações. Foi prosseguida a refixação transconjuntival do MLPS, sem intercorrências. A massa foi retirada e enviada para análise anatopatológica, e o procedimento pôde ser concluído com resultado pós-operatório satisfatório.

A análise anatopatológica apontou extensa deposição de material amorfó e eosinofílico, com achados morfológicos sugestivos para amiloidose, porém com pesquisa de amiloidose através da coloração de vermelho congo foi inconclusiva.

Para descartar amiloidose sistêmica, será realizada investigação com análise de fator reumatoide, FAN, hemograma, função renal e hepática, IgG4 e PTH, além de nova biópsia de tecido adiposo subcutâneo.

A paciente teve evolução pós operatória favorável após a retirada do fator mecânico e da refixação do TMERS, com bom resultado estético e funcional após 30 dias de cirurgia (Figura 3).

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

FIGURA 1



FIGURA 2



FIGURA 3



DISCUSSÃO:

A amiloidose em sua forma localizada é uma entidade rara, e é ainda mais rara quando se apresenta de forma localizada primária na conjuntiva.

Uma revisão da literatura dos anos 2000 até 2020 apontou somente 64 casos similares a este descritos. Na literatura os sintomas observados podem ser a presença de massa palpebral, hemorragia conjuntival recorrente, ptose ou até púrpura periorbital. No caso da nossa paciente, havia ptose unilateral importante, porém a massa palpebral não era palpável externamente.

Esta doença deve ser diferenciada de tracoma, carcinoma de células sebáceas, doenças granulomatosas crônicas e outras neoplasias conjuntivais. A diferenciação passa obrigatoriamente pela biópsia da lesão e análise histopatológica com vermelho do Congo e, com sua confirmação, passa a ser mandatória a investigação sistêmica de amiloidose.

Com a negatividade dos exames e ausência de condições predisponentes poderemos relacionar o quadro a algum distúrbio local do sistema imunológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Demirci H, Shields CL, Eagle RC Jr, Shields JA. Conjunctival amyloidosis: report of six cases and review of the literature. *Surg Ophthalmol*. 2006 Jul-Aug;51(4):419-33.
- Garg N, Diwaker P, Gaur JH, Shastri M, Sharma S. Conjunctival Amyloidosis: A Report of Two Cases with Review of Literature - 2000-2020. *J Microsc Ultrastruct*. 2022 Sep 6;10(4):214-218.
- Gupta VP, Aggarwal R, Aggarwal S. Conjunctival amyloidosis: is it related to trachoma? *Acta Ophthalmol (Copenh)*. 1993 Dec;71(6):839-40.