

ÓRBITA

ANATOMIA:

- parede superior - delgada, é o pavimento da fossa cerebral anterior, com a forma dum triângulo de base anterior .
- parede interna - esfenóide, etmóide, unguís e maxilar superior .
- parede inferior - fracturada facilmente nos traumatismos face e órbita .
- parede externa - triangular, de base anterior .

VÉRTICE ÓRBITA:

- supero-interna - CANAL ÓPTICO
- infero-externo - FENDA ESFENOIDAL

BURACO ÓPTICO

- ovalado, na base da pequena asa do esfenóide
- 6 mm largura
- dá livre passagem ao n.óptico e art. oftálmica .

FENDA ESFENOIDAL

- anel Zinn - n.nasal, MOE, MOC
- fora anel Zinn - N.patético, frontal e lacrimal .

PERIOSTEO ÓRBITA

- é uma membrana fibrosa e resistente que tapa as paredes órbita .

PEDÍCULO ÓRBITA

- representa o n.óptico, embainhando desde o canal óptico num duplon folheto da duramáter .

ESTRUTURAS DO CONE INTRAMUSCULAR

N.ÓPTICO-envolvido pelas 3 bainhas meníngeas .

ART. OFTÁLMICA- cruza a face inferior do n.óptico e depois contorna a face superior do nervo .

GÂNGLIO CILIAR - alongado, 7-8 mm adiante buraco óptico, sobre a face externa do nervo óptico .

AFERENTE- ramo inferior 3º par, ramo n.nasal, plexo simpático pericarotídeo .

EFERENTES - n. ciliares curtos .

POR CIMA N.ÓPTICO

- n.nasal
- ramo superior 3º par
- veia oftálmica superior

POR BAIXO N.ÓPTICO

- veia oftálmica média
- ramo inferior 3º par

POR FORA N.ÓPTICO

- - n. motor ocular externo

POR DENTRO N.ÓPTICO

- n.ciliares longos
- art. ciliares longas e curtas posteriores .

ESPAÇO PERIMUSCULAR

Compreendido entre o cone musculo-aponevrótico e as expansões palpebrais e conjuntivais da aponevrose de tenon e paredes órbita.

DENTRO- gordura orbitária

FORA - vasos e nervos lacrimais

POR BAIXO - gordura orbitária - vasos infraorbitários

POR CIMA----- elevador palpebra superior

ramo superior 3º par

n.frontal e patético

VASCULARIZAÇÃO ARTERIAL ÓRBITA

PRINCIPAL - carótida interna dá a art. oftálmica

ACESSÓRIA - carótida externa dá a artéria infraorbitária

ARTÉRIA OFTÁLMICA

Nasce do sifão carotídeo, após a sua emergência do seio cavernoso . Segue a face inferior n.óptico .

Tem 3 segmentos : intracraniano, intracanalicular e intraorbitário .

TERMINAIS:

- ARTÉRIA DORSAL NARIZ E ARTÉRIA FRONTAL

COLATERAIS:

- artéria central retina
- ciliar longa posterior e ciliares anteriores .
- etmoidal anterior e posterior
- palpebrais e lacrimais
- supra e infraorbitária

VASCULARIZAÇÃO VENOSA DA ÓRBITA

A rede venosa orbitária estende-se da veia angular adiante, ao plexo cavernoso atrás, sendo constituída pelas veias oftálmica superior e uma acessória: veia oftálmica inferior.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DAS DOENÇAS ORBITÁRIAS

DIMINUIÇÃO A. V.

compressão n.óptico, pregas coróideias

PUPILA MARCUS GUNN

compressão n.óptico

RETRACÇÃO PUPILAR E LAGOFTALMUS

oftalmopatia tiróideia

MOTILIDADE OCULAR DEFEITUOSA

- miopatia restritiva, meningioma bainha n.óptico

ANOMALIAS PAPILA

- atrofia óptica (compressão n.óptico)

- tumefacção papilar (aumento pressão intraorbitária)

- vasos conshunt opticociliar (meningioma bainha n.óptico)

PROPRIÉDADES DINÂMICAS

- alt. rápidas de tamanho (hemangioma capilar, varizes orbitárias)

- pulsação mais sopro (fistula carótido-cavernosa)

- pulsação (sem sopro)

EXAME COM LÂMPADA FENDA

- hipertrofia músculos rectos (oftalmopatia tiróideia)

- queratoconjuntivite límbica (oftalmopatia tiróideia)

TESTE DUCÇÃO FORÇADA POSITIVA

- contractura muscular fibrótica .

ANOMALIAS CONGÊNITAS

DUPLO FORAMEN ÓPTICO

- a artéria e o n.óptico correm separadamente .

ANOFTALMUS

- ausência músculos oculares
- redução do diâmetro forame óptico .

ANOMALIAS CRÂNIO

- anencefalia
- ciclopia (mais comum é a ocorrência de variados graus de fusão (sinoftalmus)
- arrinencefalia
- encefalocelo

HIPERTELORISMO

- ampla separação entre as 2 órbitas
(distância interpupilar maior do que 85 mm)

ANOMALIA

- falência no desenvolvimento do processo maxilar com um crescimento compensatório do processo frontonasal

DESORDEM OCULAR MAIS COMUM

- estrabismo divergente .

TELECANTUS

- deslocamento lateral do canto interno (S.Waardenburg´s)

SÍNDROMES ASSOCIADOS

- S.Turner, S. Edwards, D.Morquio .

EXAME DO DOENTE -

DÉRMOIDE

- bordo orbitário temporal superior .

NEUROFIBROMATOSE

- defeitos major no osso esfenóide

MENINGIOMAS

- hiperostose reactiva do esfenóide

DISPLASIA FIBROSA

- tendência para envolver o pavimento órbita e o osso esfenóide . Pode causar diminuição da A.V.

LINFOMA BURKITT

- predilecção para a maxila (a partir da qual invade a órbita).

ALARGAMENTO CONCÊNTRICO ÓRBITA

- teratoma, encefalocelo, rabdomiosarcoma

ETMOIDITE EM CRIANÇAS

- uma das causas mais comuns de proptose e celulite orbitária na criança .

ALARGAMENTO DO CANAL ÓPTICO

- glioma n.óptico e meningioma .

SINAIS MAIS PRECOSES D.GRAVES

- edema conjuntiva e injeção sobre as inserções dos músculos rectos horizontais

CAUSAS MAIS COMUNS DE EXOFTALMIA INFANTIL

- hemangioma capilar
- quisto dermóide
- celulite e etmoidite
- hematoma
- pseudotumor

TROMBOSE SEIO CAVERNOSO

- é a maior ameaça à vida dos doentes com celulite órbita .

DIABETES

- podem desenvolver mucormycosis

D.GRAVES

- frequentemente envolve o músculo r.inferior (o músculo fica fibrótico e o doente é incapaz de olhar para cima).

TUMORES VASCULARES MAIS FREQUENTES

- hemangioma capilar (crianças)
- hemangioma cavernoso (adulto)

NEUROFIBROMATOSE

- envolvimento difuso da coróide e órbita, que espessam as pálpebras, deslocam as pestanas e causam irregularidades do limbo .

MUCOCELOS

- surgem dos seios etmoidal e frontal.

RABDOMIOSARCOMA

- tumor maligno intraorbitário
- apresenta-se aos 7 anos de idade
- proptose abruptamente dentro de 1-3 semanas .

TUMORES ÓRBITA MANIFESTAM-SE PORQUE :

- desloca o globo ocular
- interfere com a visão ou motilidade ocular

RX ÓRBITA/ INCIDÊNCIA WATERS

- permite a melhor visualização do pavimento e tecto da órbita .

MENINGIOMA

- é o tumor mais comum que afecta a órbita, a partir do espaço craniano

AVALIAÇÃO DE DOENÇA ORBITÁRIA

HISTÓRIA

Os 4 sintomas capitais da doença orbitária são: proptose, dor, diplopia e deterioração da visão .

1) VELOCIDADE DE CRESCIMENTO

- os tumores benignos podem Ter crescimento lento
- uma proptose de rápida evolução numa criança sugere um tumor maligno
- início brusco é indicativo de hemorragia .

2) DOR

- uma lesão dolorosa pode ser inflamatória ou maligna .

3) TRAUMATISMOS

- Nas fracturas do etmóide, ao assoar-se o nariz pode forçar a passagem de ar para a órbita e dar lugar a proptose.

4) DOENÇAS DOS SEIOS

- A órbita pode ver-se afectada pela extensão tanto de infecção como de tumores a partir dos seios paranasais.

5) DOENÇAS SISTÉMICAS

- Interrogar o doente acerca de processos malignos ou disfunção tiróideias anteriores.

EXPLORAÇÃO CLÍNICA

Exoftalmómetro Hertel – uma diferença de 2 mm entre ambos os olhos é suspeita

1) PSEUDOPROPTOSE

- Devido ao aumento de tamanho do olho ipsilateral, motivado por miopia axial ou buftalmia, ou também a um enoftalmus do outro olho.

2) A V

- As lesões órbita podem alterar a AV por 3 mecanismos: compressão n.óptico, queratopatia exposição e pregas coroideias que afectam o polo posterior.
- Nas crianças, o achado dum transtorno acentuado da visão acompanhado duma proptose mínima é sugestiva de glioma n.óptico.

3) REACÇÕES PUPILARES

- A presença duma pupila Marcus Gunn é sugestiva de compressão do n.óptico e constitui uma indicação para verificar o campo visual.

4) MOVIMENTOS OCULARES

- O déficit de motilidade pode ser devido a miopatia restritiva, dilaceração n. óptico (meningiomas, lesão neurológica).

5) PROPRIEDADES DINÂMICAS

- Podem dar alterações tamanho com rapidez (hemangioma capilar, varizes orbitárias), pulsar (shunts arteriovenosos) ou sopro (fistula carótido-cavernosa).

6) LÂMPADA FENDA

- Existência de vasos tortuosos sobre um recto externo hipertrofiado, acompanhado de queratoconjuntivite límbica superior (sugestivo de oftalmopatia tiróideia).

7) TESTE DUCÇÃO FORÇADA

- Quando algum músculo sofre uma contractura fibrótica .teste de ducção forçada positivo .

CELULITE ORBITÁRIA

CELULITE PRÉ-SEPTAL – infecção dos tecidos moles da pálpebra e região periocular anterior septo. Precedida por infecção dentária ou sinusal e caracteriza-se por uma tumefacção periorbitária com dor à palpação.

CELULITE ORBITÁRIA – Infecção dos tecidos moles dentro da órbita, posterior ao septo orbitário.

RELAÇÃO

- Relação pré-septal/celulite orbitária é 6:1.

MAIS NO INVERNO

- Devido à grande frequência de infecção do aparelho respiratório superior (H.influenza).

CELULITE PRÉ-SEPTAL

PRINCIPAIS VIAS DE INFECÇÃO

- após trauma
- a partir pele ou tecidos adjacentes
- a partir aparelho respiratório superior ou ouvido médio .

PÓS-TRAUMÁTICA

- as principais causas são : E.aureus e E.piogénico .

INF. ANAERÓBIOS

- exsudação, tecido necrótico, gás no tecido ou toxémia grave .

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE CELULITE PRÉ-SEPTAL OU CELULITE ORBITÁRIA

- visão normal
- ausência de proptose
- motilidade normal
- ausência de dor

2ª A INFECÇÃO PELE E ANEXOS

- impétigo, herpes simples, erisipela

CELULITE FACE NAS CRIANÇAS

- 2ª à infecção do nariz e face
- após contacto com mastite

CELULITE PRÉ-SEPTAL NÃO SUPURATIVA

- sem história de trauma
- H.influenza e S.Pneumoniae

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- com queratoconjuntivite a adenovírus (edema palpebral, hiperémia conjuntival e quemose).

CELULITE ORBITÁRIA

CLÍNICA

- PROPTOSE DOLOROSA
- EDEMA PÁLPEBRA E CONJUNTIVA
- OFTALMOPLÉGIA
- SINAIS GERAIS (MAL ESTAR E FEBRE)

PRINCIPAIS VIAS DE INFECÇÃO

- seios nasais
- trauma ou cirurgia
- a partir das estruturas adjacentes

BACTERIANA

- 2ª a sinusite (a causa mais comum)(S.pneumoniae e E.aureus) (dor orbitária desenvolve-se rapidamente)
- pós-traumática (2-3 dias após) (região ângulo interno)(E.aureus)
- pós-cirurgia (DCR, estrabismo, desc. Retina – E.aureus)
- disseminação de outras estruturas (E.aureus – S.pyogénico)
- endógena (após infecção pulmões e pele)

CELULITE ORBITÁRIA A FUNGOS

MUCORMICOSIS – ocorre na cetoacidose, acidose metabólica

- proptose , acompanhada dum síndrome do apex orbitário (ptose, alt. Visão, diminuição sensibilidade, oftalmoplegia interna e externa)
- TRAT- excisão local de tecido infectado e ANFOTERICINA B

D.D. CELULITE PRÉ-SEPTAL E CELULITE ORBITÁRIA

- PRÉ-SEPTAL – hiperémia pele e distensão pálpebras
- CELULITE ORBITÁRIA – infl. Conjuntiva, dor orbitária , proptose e limitação motilidade ocular .

CAUSA CELULITE ORBITÁRIA 2ª A TRAUMA OU CIRURGIA

- E.AUREUS

CAUSA SEM TRAUMA OU CIRURGIA

- sinusite bacteriana

INFLAMAÇÕES ÓRBITA

PSEUDOTUMOR INFLAMATÓRIO IDIOPÁTICO

É uma infl. Idiopática que pode afectar qualquer componente das partes moles da órbita.

- Quando não se encontrou uma causa sistémica ou local identificável.
- PRINCIPAL CARACTERÍSTICA HISTOPATOLÓGICA – infiltração linfocítica generalizada.

CLÍNICA

- Simula uma verdadeira neoplasia orbitária .
- Meia-idade . Unilateral.
- Proptose e dor ocular
- Edema palpebral, dor e engurgitamento vascular na inserção dos músculos rectos.

MAIS AFECTADOS

- movimentos oculares verticais .

AMEAÇA SÉRIA

- PERDA VISÃO.

CAMPOS VISUAIS

- escotoma central com alargamento mancha cega .

VARIANTE SÍNDROME PSEUDO-TUMORAL

- 1) SÍNDROME TOLOSA-HUNT – infl. Limita-se à fenda orbitária superior e canal óptico .TAC mostra os músculos extraoculares engrossados.
- 2) MIOSITE ORBITÁRIA AGUDA – dor e vermelhidão directamente sobre o músculo .A resposta aos corticóides sistémicos é boa.

D.D. COM EXOFTALMIA ENDÓCRINA

- exoftalmia endócrina (diminuição gradual visão).Na pseudotabes há diminuição aguda visão.
- punção lombar (normal no E.endócrina).Irritação meníngea .
- exoftalmia endócrina – não envolve o trigémio
- exoftalmia endócrina – tende a ser bilateral.
- Exoftalmia endócrina – não tem resposta positiva aos esteróides .

ULTRA-SONS

- presença de massa acústica irregular (pseudo-tumor).

EVOLUÇÃO

- doença benigna
- doses altas de corticóides sistémicos
- 50-60 mg esteróides/dia (1 mês).

INFLAMAÇÃO FENDA ORBITÁRIA SUPERIOR

- a doença inicia-se com uma dor excruciante ao redor da órbita, envolvida por oftalmoplegia .

COMUM

- paralisia total 3º nervo craniano .

SEQUELA TARDIA

- atrofia óptica

MOVIMENTOS OLHO

- doloroso e a dor é seguida por diplopia e ptose.

CAUSAS MAIS COMUNS

- sífilis e tuberculose

RX

- esclerose e estreitamento da físsura orbitária superior.

D.GRAVES

A causa mais frequente de proptose .

SINAL DE DALRIMPLE

- retracção da pálpebra superior .

GIFFORD

- dificuldades em everter a pálpebra superior .

STELLWAG

- pestanejo infrequente .

PERIGO DE

Neurite óptica (infl. Órbita próximo do n.óptico compromete o seu suprimento sanguíneo).

ARTERITE TEMPORAL

Panarterite, envolvimento de toda a espessura da parede vascular pode levar a Oclusão .

CEGUEIRA

Por envolvimento das artérias ciliares posteriores, artéria oftálmica ou art.central da retina .

DIAGNÓSTICO

Biópsia da art. temporal superficial .

TRATAMENTO

Prednisona 60 mg/dia até que diminua a V.S.

POLIARTERITE NODOSA

Afecta toda a espessura das paredes das artérias de médio e pequeno tamanho.

EFEITO MAIS DRAMÁTICO

Enfartes da pele .

COMUM

Envolvimento n.cranianos e periféricos .

TRATAMENTO

Corticóides sistémicos

GRANULOMATOSIS WEGENERS

Inflamação granulomatosa , vasculite e glomerulonefrite

Resulta duma resposta imune excessiva a um estímulo desconhecido

USUALMENTE

- graves lesões crónicas necrotizantes no A.resp. superior.

NÃO TRATADA

- morte em 4-5 meses .

SINAL USUAL

- EXOFTALMIA . Há limitação motilidade, queratite exposição, quemose conjuntiva e congestão veia central retina .

LESÕES VASCULARES

- deg. Fibrinóide nas artérias e arteríolas .

CLÍNICA

- exoftalmia /episclerite /esclerite

TRATAMENTO

- imunossupressores .

TROMBOFLEBITE ÓRBITA

As veias da órbita tornam-se trombosadas e gravemente inflamadas.

Varicosidade pálpebras.

CLÍNICA

- perda motilidade extraocular e perda visão .

TROMBOFLEBITE MIGRATÓRIA

- está associada a malignidade do pâncreas .

SARCOIDOSE

Doença granulomatosa sistémica, envolvendo vários órgãos .

PATOLOGIA

- tubérculos células epitelióides não caseante no parênquima gl. Lacrimal.

TRATAMENTO

- as lesões precoces são mais capazes de responder aos corticósteroides

AMILOIDOSE

Nódulos amilóides amarelados nas pálpebras .

CLÍNICA

- ptose e oftalmoplegia extraocular, devido à infiltração dos músculos extraoculares e n.cranianos .

MUCOCELO

Ocorre quando a drenagem dos seios é bloqueado pela obstrução do seu ostium, usualmente de inflamação.

Sinusite de longo estágio pode ser um factor predisponente.

TRATAMENTO

- drenagem cirúrgica

MUCORMICOSE

Infecção rapidamente fatal.

CLÍNICA

- oftalmoplegia interna e externa
- visão diminuída
- ptose
- quemose
- proptose
- dor facial

TERRENO

- diabéticos

EVOLUÇÃO

- não tratada, morte em 2 semanas .

TRATAMENTO

- tratamento da doença subjacente

- anfotericina B

CAUSAS

- ADULTO (acidose diabética)
- CRIANÇAS (diarreia)

TUMORES DA ÓRBITA

TUMORES ORBITÁRIOS DO R.N. MAIS FREQUENTES

- Teratoma, rabdomiosarcoma, hemangioma

TUMORES ORBITÁRIOS CRIANÇA MAIS FREQUENTES

- Hemangioma capilar, quisto dermóide, glioma n.óptico, linfangioma

TUMORES ORBITÁRIOS ADULTO MAIS FREQUENTES

- Hemangioma cavernoso, linfoma não Hodgkin, tumores metastáticos, mucocele.

SINAIS CLÍNICOS

- exoftalmia
- enoftalmia
- deslocamento lateral e vertical do globo
- tumefacção orbitária
- dor orbitária e periorbitária
- anomalias palpebrais
- ex. oftalmológico

EXOFTALMIA

- É uma protusão do globo na órbita.
- 90% tumores primitivos provocam uma exoftalmia

TUMORES MALIGNOS DE EVOLUÇÃO RÁPIDA

- manifestam-se num modo inflamatório (rabdomiosarcoma, linfomas, tumores malignos gl.lacrimais)

ENOFTALMIA

- alguns neurofibromas .

DESLOCAMENTO DO GLOBO

- Os tumores orbitários posteriores provocam uma exoftalmia, enquanto que os tumores anteriores provocam um deslocamento lateral ou vertical .

DOR ORBITÁRIA

- é rara nas exoftalmias tumorais .

ANOMALIAS PALPEBRAIS

- edema palpebral
- rubor palpebral
- equimose
- induração palpebral

ACUIDADE VISUAL

- TUMORES ANTERIORES (não alteram a A.V.)
- TUMORES POSTERIORES (provocam alteração da A.V.)

ALTERAÇÃO DO FUNDO OLHO

- pregas coroidéias
- edema papilar e atrofia óptica
- dilatação venosa retiniana

TIPOS

- tumores congênitos
- tumores vasculares
- tumores neurogênicos
- tumores do tecido conjuntivo
- tumores cartilágíneo
- tumores tecido adiposo
- tumores linfóides
- rabdomiosarcoma embrionário
- meningiomas
- melanomas malignos
- tumores gl. Lacrimais
- metástases orbitárias

TUMORES QUÍSTICOS OU CONGÊNITOS

1) QUISTOS DERMÓIDES

- Constitui uma das lesões orbitárias mais freqüentes nas crianças.
- Contém os diferentes elementos do tecido dérmico
- O interior do quisto tem secreção e produtos de descamação
- A periferia tem uma epiderme estratificada queratinizada
- O típico é que afecte a região superior nasal ou externa da órbita, sem dar lugar a proptose .

EVOLUÇÃO

- lento crescimento
- são diagnosticados em qualquer altura durante as primeiras 2 décadas de vida

CLÍNICA

- localização preferencial no ângulo supero-externo órbita
- provoca exoftalmia associada a deslocação do globo para baixo .

TRATAMENTO

- exérese completa do quisto

2) MUCOCELOS

- formação quística, desenvolvida no sistema celular paranasal .
- caracterizam-se pela acumulação de muco por obstrução de drenagem.

3) MENINGO-ENCEFALOCELO

- estão acima do tendão e são pulsáteis, contrariamente ao dacriocistocelo que estão tipicamente abaixo do tendão cantal interno .
- são ectasias meníngeas extra-cerebrais, contendo tecido cerebral, provocado por deiscência parede óssea .

4) TERATOMA

- tumores disgenéticos contendo vários tecidos germinativos
- crescimento rápido, realizando uma massa globosa, irregular, enorme .
- prognóstico mau devido ao estiramento n.óptico .

5) QUISTOS COLOBOMATOSOS

- é devido a um defeito da oclusão da fenda fetal à 4ª semana e a uma proliferação activa dos elementos ectodérmicos ao nível dos lábios da fenda .

TUMORES VASCULARES

1) LINFANGIOMAS

- raro
- pode dar lugar a uma hemorragia orbitária espontânea e a um exagero súbito da proptose devido à formação de quistos achocolatados .
- tumore benigno congênito, evolução lenta, correspondendo a proliferação de vasos linfáticos de estrutura atípica .
- descoberto ao nascimento.
- Exoftalmia insidiosa e lentamente progressiva , não redutível, indolor, não inflamatória .

2) HEMANGIOMAS CAPILARES

- Surgem nos primeiros meses de vida .
- Tratamento é dirigido para a prevenção de ambliopia .
- Caracterizam-se por uma proliferação benigna das células vasculares endoteliais .
- Associação de hemangioma capilar com hemangioma subglótico, tal como a trombocitopénia .
- Tem uma fase de crescimento rápida, uma fase estável, seguida duma lenta involução .
- Angioma capilar mal limitado (invasão e infiltração dos elementos de vizinhança).
- Involuem em 70-80% dos casos .
- Surge ao nascimento ou pouco tempo depois .
- Podem mudar de cor com a sua composição vascular.
- Massa indolor, que aumenta de volume e se torna azulada quando a criança chora (é típico).
- Durante o 1º ano de vida, pode passar por períodos de crescimento, seguidos de deestabilização e acabar por regredir ou desaparecer ao redor dos 5 anos .

TRATAMENTO

- corticóides
- abstenção terapêutica
- as indicações de tratamento são a possibilidade de ambliopia, compressão n.óptico, queratopatia exposição .

3) HEMANGIOMAS CAVERNOSOS

- É o tumor orbitário benigno mais freqüente no adulto (entre a 2^a-4^a década)
- Tumores feitos de largos espaços vasculares separados por finas traves de células endoteliais .
- Não involuem .
- Nas mulheres, o seu crescimento pode ver-se acelerado durante a gravidez .
- Está tipicamente dentro do cone muscular e causa proptose axial .

CLÍNICA

- exoftalmia progressiva benigna unilateral .
- primeiros sinais surgem aos 20 anos .

TRATAMENTO

- Contrariamente ao hemangioma capilar, a variedade cavernosa costuma estar bem encapsulada e fácil de extirpar .

TUMORES NEUROGÉNICOS E GLIAIS

1) NEURILENOMAS

- São os tumores benignos dos n.periféricos, constituídos por uma proliferação de células de Schwann .
- Crescimento lento

2) NEUROFIBROMAS

- Na D.Recklinghausen (são os tumores dos n.periféricos)

3) GLIOMA DO N.ÓPTICO

- São proliferações tumorais desenvolvidas a partir das células neurogliais .

IDADE

- menores do que 10 anos idade (típico entre os 4-8 anos idade)

CLÍNICA

- diminuição A.V., unilateral, precede uma exoftalmia
- estrabismo e nistagmo são reveladores .
- proptose unilateral com transtornos visão .
- Tendem a produzir atrofia óptica mais freqüentemente do que papiledema .

R.X.CARACTERÍSTICO

- alargamento concêntrico do forâmen óptico .
- Em 90% dos casos, o tumor afecta a face anterior do canal óptico e aparece como um aumento uniformemente arredondado do buraco óptico .

DIAGNÓSTICO

- diminuição A.V. em idade pré-escolar, com atrofia óptica e alargamento do canal óptico .

TRATAMENTO

- Exeresse orbitária
- Se a proptose é esteticamente inaceitável e há cegueira por atrofia óptica, o método de eleição é a secreção local do tumor com conservação do globo .
- Indicação da cirurgia é controversa .

TUMORES DO TECIDO CONJUNTIVO

1) FIBROMAS

- Tumores benignos feitos de células fibroblásticas .

2) FIBROSARCOMAS

- Tumores malignos do tecido conjuntivo (mau prognóstico).

TUMORES CARTILAGÍNEOS

1) OSTEOMA

- tumor benigno ósseo (ponto partida intra-sinusal)
- a presença de osteoma deve sempre pesquisar uma polipose intestinal (Síndrome Gardner).
- OSTEOMA SEIO FRONTAL (tumefacção dura, indolor, supero-interna)

2) SARCOMA OSTEOGÉNICO

- tumor maligno do tecido ósseo . Péssimo prognóstico.

TUMORES DE TECIDO ADIPOSEO

1) LIPOMAS

- evolução lenta, levando a discreta exoftalmia, sem compressão.

2) LIPOSARCOMAS

- O ponto de partida é habitualmente paranasal .

TUMORES LINFÓIDES

1) LINFOMAS NÃO HODGKIANOS

- proliferação de células do tipo linfóide
- início insidioso
- exoftalmia indolor, não inflamatória
- tumefacção cinzento-rósea, consistência firme e dura .
- Nodular
- Oblongos
- Se o linfoma foi encontrado na órbita, a radiação órbita é o tratamento de escolha . Vários protocolos de quimioterapia sistêmica são válidos para tratar linfomas sistêmicos .

2) RABDOMIOSARCOMAS EMBRIONÁRIOS

- É o tumor orbitário maligno 1º mais freqüente nas crianças .
- São tumores malignos desenvolvidos a partir das células mesenquimatosas.
- Crianças do sexo masculino (até aos 7 anos de idade).
- Exoftalmia início súbito, fulgurante .
- TÍPICO- massa no quadrante nasal superior.
- 3 tipos: embrionário, alveolar e pleiomórfico

3) MENINGIOMAS

- Tumores invasores que afectam de modo característico as mulheres de meia-idade
- Tumores benignos dos meningoblastos aracnóideus.
- Freqüência elevada na D.Von Recklingausen.

PATOLOGIA

- comprime o n.óptico sem o infiltrar.
- A compressão do quiasma é uma das formas freqüentes de apresentação.

CLÍNICA

- È característico que estes tumores dêem lugar a um bombeamento da fossa temporal junto a uma proptose progressiva de lenta evolução .
- Exoftalmia
- Diminuição da acuidade visual
- Alterações campimétricas precoces
- Edema papilar
- Pregas coroidéias

EVOLUÇÃO

- lenta e progressiva para a atrofia óptica.

RX CANAL ÓPTICO

- alargamento unilateral do canal óptico com hiperostose associada.

TRÍADE PATOGNOMÓNICA MENINGIOMA BAINHA N.ÓPTICO

- diminuição visão , de evolução prolongada, palidez e tumefacção da cabeça n.óptico e existência de vasos opticociliares

MELANOMAS MALIGNOS

- Invasão orbitária através da esclera representa a maioria dos melanomas órbita
- A invasão extraocular faz-se pelas veias vorticosas e nervos ciliares .

EVOLUÇÃO

- extensão orbitária agrava seriamente o prognóstico .

EXTENSÃO N.ÓPTICO

- contrariamente ao retinoblastoma, a extensão n.óptico é rara .

TUMORES DAS GLÂNDULAS LACRIMAIS

- De todos os doentes cujos tumores procedam de elementos epiteliais, 75% começam com proptose e 50% tem uma massa palpável na fossa da glândula lacrimal .

1) TUMORES EPITELIAIS

A) ADENOMAS PLEIOMÓRFICOS OU MISTOS BENIGNOS

- A sua evolução clínica nem sempre é benigna, já que são frequentes as recidivas .
- Desenvolvem-se a partir de elementos epiteliais e mesenquimatosos da gl. Lacrimal .
- Tumefacção indolor e lentamente progressiva na fossa lacrimal, acompanhada ou não de proptose . A tumefacção é lisa, dura e indolor .A fim de evitar recidivas, estão contraindicadas as biópsias do tumor de modo a conservar a cápsula do tumor .

B) CARCINOMAS

- crescimento rápido do tumor .
- à medida que o tumor cresce vai destruindo o osso e provoca dor .

METÁSTASES ORBITÁRIAS

- A difusão metastásicas é hematogénea .
- TIPOS:
 - NEUROBLASTOMA (o modo típico é o início brusco de proptose acompanhado de equimose palpebral).
 - SARCOMA EWING (tumor ósseo maligno que pode dar lugar a uma brusca proptose hemorrágica).
 - CARC. CÉLULAS BASAIS PALPEBRAIS

CLÍNICA

- proptose
- massa orbitária palpável
- edema palpebral com ou sem equimose

ENUCLEAÇÃO/EVISCERAÇÃO

INDICAÇÕES ENUCLEAÇÃO

- trauma irreparável
- tumor
- olho cego doloroso
- necessidade de confirmação histológica
- prevenção de oftalmia simpática
- razões cosméticas

INDICAÇÕES EVISCERAÇÃO

- trauma
- endoftalmite (não corta o n.óptico, evitando a disseminação para o espaço sub-aracnóideu).
- Olho cego doloroso
- Buftalmia

FRACTURA ÓRBITA

FRACTURA PAVIMENTO ÓRBITA

O típico é que seja provocada por um aumento brusco de pressão orbitária, devido a um impacto por algum objecto de mais de 5 cm diâmetro , como um punho ou bola ténis.

- a fractura afecta geralmente o pavimento da órbita, ao longo do delgado osso que recobre o canal infraorbitário .

CLÍNICA

- enoftalmia – se a fractura é considerável, parte do globo ocular pode deslocar-se para o seio maxilar.
- Hiperestesia ou hipoestesia no território de distribuição do nervo infraorbitário
- Equimose palpebral e hemorragia subconjuntival
- Limitação do olhar para cima – devido à encarceração dos músculos r.inferior e pequeno-obliquo na fractura .
- Hemorragia nasal – conseqüência de hemorragia do antro maxilar para o nariz
- Proptose ocasional, quando há uma hemorragia acentuada e edema órbita

EX. COMPLEMENTARES

- A projecção mais útil para descobrir uma fractura do pavimento da órbita é a de Waters .
- Nalguns casos, há que verificar as suspeitas mediante tomografia e TAC coronal.

TRATAMENTO

- A maioria das fracturas do pavimento da órbita são benignas e autolimitadas e que não requerem intervenção cirúrgicas . A tendência actual é esperar um mínimo de 4 meses, salvo os casos muito graves com intenso enoftalmos por prolapso do globo ocular e o conteúdo orbitário para o antro maxilar.

FRACTURA BLOWOUT-é uma fractura do pavimento da órbita, enquanto o bordo orbitário inferior permanece intacto. O local mais freqüente é no pavimento órbita, internamente ao nervo infraorbitário .

SINAIS COMUNS – enoftalmia

- hipoestesia infraorbitária
- limitação supraducção

Limitação do olhar para cima ou para baixo é causado por edema, hemorragia e encarceração do tecido conjuntivo orbitário no local da fractura .

D.D. entre restrição motilidade ealt. Paréticas após uma fractura Blowout é pelo teste de ducção forçada .

DIAGNÓSTICO- TAC com cortes coronais.

TRATAMENTO- O melhor indicador para reparação de fractura Blowout é um estrabismo restritivo ou enoftalmia significativa (maior do que 2 mm).
A proptose axial devido a hemorragia não é indicação para intervenção cirúrgica a não ser que neuropatia óptica compressiva aguda, não respondível ao tratamento.

FRACTURA DA PAREDE INTERNA

- A intervenção cirúrgica só é necessária em raras ocasiões .

FRACTURAS TECTO ÓRBITA

- A causa pode ser a queda do doente sobre um objecto pontegudo .
- Caracterizam-se por uma equimose periorcular ipsilateral que mais tarde se estende ao lado oposto .
- Raramente, ocorre perda LCR e complicação de fractura com uma meningite
- É uma lesão ameaçadora .

SUSPEITA DE FRACTURA CANAL ÓPTICO

- imperativo determinar se a perda visão é progressiva desde o tempo da cirurgia (sugere uma causa reversível).
- Uma perda imediata de visão implica uma laceração do n.óptico ou avulsão, e o prognóstico para a recuperação visual é mau .

TRATAMENTO NEUROPATIA ÓPTICA TRAUMÁTICA

- controverso!
- Há autores a favor da intervenção cirúrgica e outros a favor da intervenção médica (altas doses de corticosteróides).
- Meningite e abscesso cerebral são complicações devastadoras deste tipo de fracturas órbita .

HEMORRAGIA ORBITÁRIA COM COMPRESSÃO N.ÓPTICO

- TRAUMA ÓRBITA
- Edema com dor
- Progressiva diminuição da visão
- Proptose
- Aumento TIO
- Defeito pupilar aferente
- Embora o TAC seja importante para confirmar a presença de hemorragia órbita ou fractura, o dado a fazer é a descompressão órbita .

ANOMALIAS VASCULARES

VARIZES

- a lesão orbitária de tipo vascular mais freqüente .
- consiste no alargamento patológico de 1 ou mais canais venosos existentes

CLÍNICA

- proptose intermitente , não pulsátil e que não se acompanha de sopro .
- não é raro que a proptose seja desencadeada por uma manobra de Valsalva .

FÍSTULA A-V

- trata-se duma comunicação anômala entre veia e artéria previamente normais
- 2 causas importantes : traumatismos e ruptura espontânea da artéria carótida interna ao passar no seio cavernoso .

CLÍNICA

- proptose pulsátil que se acompanha de frêmito e sopro sincrônicos com o pulso .
- dilatação vasos conjuntivais
- quemose
- aumento pressão intraocular, como consequência da maior pressão venosa episcleral.
- Outras manifestações – tumefacção papila, hemorragia retina e oftalmoplegia.

CORPOS ESTRANHOS NA ÓRBITA

SE INERTES E POSTERIORES

- são seguros

SE ORGÂNICOS (MATÉRIA VEGETAL)

- OU LOCALIZADOS NA ÓRBITA ANTERIOR- tem indicação cirúrgica de exploração .

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NUCLEAR

- é contra-indicada nos corpos estranhos intraorbitários, devido ao facto de que um forte campo magnético pode conduzir ao movimento do corpo estranho .