

## Cisto Iridociliar Primário Espontâneo em Adulto: Relato de Caso

### *Primary Iridociliary Cyst: Case Report*

Arielle Pinto Neves<sup>1</sup>, Renan Albert Mendonça Rodrigues<sup>2</sup>, Elisangela Medeiros Teixeira Barreto<sup>1</sup>, Alaíse Pinto Neves<sup>1</sup>, Darkyelle Ibiapina Martins<sup>1</sup>

#### RESUMO

Cistos iridociliar são lesões raras, em geral assintomáticas de ocorrência esporádica. Caracteriza-se por lesões globulares originadas em epitélio de íris e corpo ciliar. Trata-se de um caso raro de cisto iridociliar de origem primária, sem relação traumática ou medicamentosa, em paciente adulto jovem. Foi-se realizado exame clínico em consultório oftalmológico com suspeita de lesão em topografia de olho esquerdo, confirmada posteriormente em exame de ultrassom de alta resolução, a biomicroscopia ultrassônica. O tratamento instituído foi de acompanhamento médico continuado, devido ao risco de evolução com comprometimento da saúde ocular, entre eles obstrução visual aguda e glaucoma por fechamento angular grave.

**Palavras-chave:** Oftalmologia; Doenças da Íris; Acuidade Visual.

#### ABSTRACT

Iridociliary cysts are rare lesions, usually asymptomatic and sporadic. It is characterized by globular lesions originating in iris epithelium and ciliary body. It is a rare case of iridociliary cyst of primary origin, without a traumatic or medication relationship, in a young adult patient. A clinical examination was carried out in an ophthalmology office with suspicion of a lesion in the topography of the left eye, which was later confirmed in a high-resolution ultrasound examination, ultrasound biomicroscopy. The treatment instituted was continuous medical follow-up, due to the risk of progression with impaired eye health, including acute visual obstruction and glaucoma due to severe angular closure.

**Keywords:** Ophthalmology; Iris Diseases; Visual Acuity.

<sup>1</sup> Universidade Potiguar Unidade Salgado Filho. Natal, RN, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de São Paulo Hospital São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

#### Instituição:

Universidade Potiguar Unidade Salgado Filho. Natal, RN, Brasil.

#### \* Autor Correspondente:

Arielle Pinto Neves

E-mail: arieleneves86@gmail.com

Recebido em: 04/08/2020.

Aprovado em: 27/12/2020.

## INTRODUÇÃO

A íris, membrana ocular arredondada retrátil e diversamente pigmentada com orifício central (pupila), é composta por duas camadas de células, uma mais anterior conhecida como estroma e outra mais posterior, chamada de epitélio.

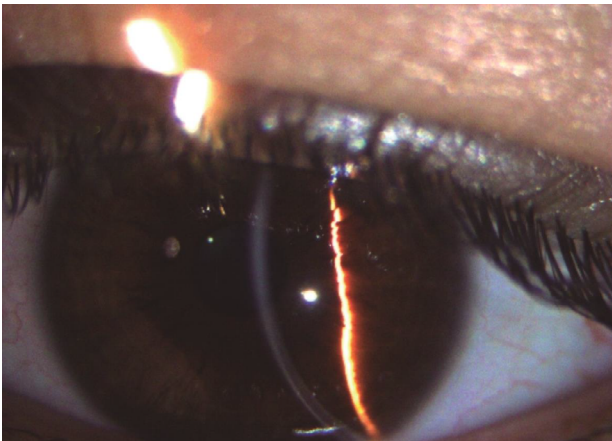
A camada estromal da íris é formada por tecido conjuntivo, melanócitos, vasos sanguíneos, músculo liso e uma matriz de colágeno, já a camada epitelial da íris se configura como um prolongamento do epitélio do corpo ciliar (estrutura responsável pela produção do humor aquoso).

Os cistos de íris e de corpo ciliar podem ser classificados ainda em primários (espontâneos) ou secundários, à exemplo dos cistos traumáticos. Os cistos primários configuram-se como lesões raras que podem surgir tanto no epitélio pigmentar quanto no estroma<sup>1</sup>.

## RELATO DE CASO

Paciente de 33 anos, sexo feminino, buscou serviço de assistência em oftalmologia para acompanhamento de rotina, sem demais queixas.

No exame clínico de lâmpada de fenda que permite avaliação do meio ocular pôde-se identificar um abaulamento anterior da região temporal inferior da íris do olho esquerdo, levando a uma suspeita de massa naquela topografia. (Figura 1)

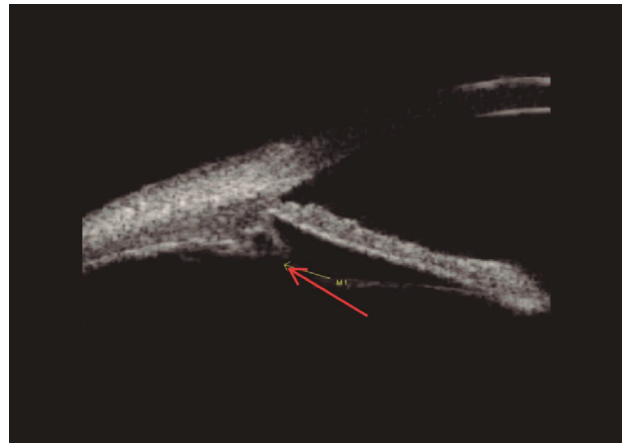


**Figura 1.** Biomicroscopia anterior do olho esquerdo evidenciando abaulamento anterior da região temporal inferior da íris.

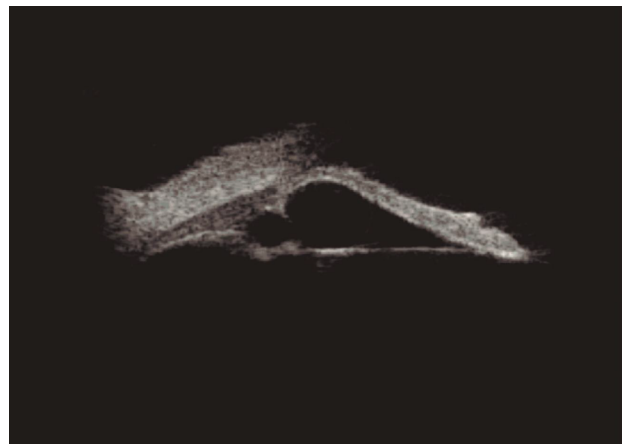
Para exame complementar e melhor avaliação da formação indentificada, foi-se lançado mão de um exame de ultrassom de alta resolução que permite analisar as estruturas anteriores do globo ocular, à exemplo da íris, conhecido como biomicroscopia ultrassônica (UBM, na sigla em inglês).

No exame de UBM foi visualizado que a raiz da íris apresentava-se com aumento da convexidade anterior no meridiano das 4h, ocasionado pela presença de uma lesão cística. No corpo ciliar foram observadas ainda, diversas lesões císticas na junção iridociliar, de paredes finas e conteúdo anecóico, nos meridianos das 12h, 1h, 2h, 3h, 4h e 6h, compatíveis com cistos iridociliares primários. (Figura 2)

Medidas de extensão para fins comparativos foram feitas, sendo o maior cisto encontrado no meridiano das 4h (extensão radial-1,3mm; extensão circunferencial-1,8mm e espessura-1,6mm), o qual causava projeção anterior da raiz da íris com fechamento do ângulo nesse meridiano. (Figura 3)



**Figura 2.** Biomicroscopia Ultrassônica evidenciando pequenos cistos ciliares no meridiano das 2h.



**Figura 3.** Biomicroscopia Ultrassônica evidenciando abaulamento anterior da raiz iriana e fechamento angular no meridiano das 4h, secundário à presença do cisto.

## DISCUSSÃO

Os cistos primários do epitélio pigmentar iridociliar são geralmente assintomáticos, podendo ter ocorrência esporádica ou familiar, sendo a maioria de caráter benigno sem necessidade de tratamento<sup>1</sup>. A ocorrência familiar de múltiplos cistos associados ao glaucoma já foi publicada e propôs uma possível herança autossômica dominante<sup>2</sup>.

Segundo Lois<sup>3</sup>, a predominância dos cistos primários de epitélio pigmentar da íris e corpo ciliar foi verificada em maior incidência em adultos jovens do sexo feminino, com média de idade de 33 anos, e na localização de quadrantes temporais e inferiores.

Em relação as dimensões dos cistos primários de epitélio pigmentar, estas podem ser variáveis sendo normalmente entre 200 a 2500 µm, e em casos de alcance de grandes dimensões um abaulamento anterior da raiz da íris pode provocar um conseqüente fechamento do ângulo<sup>4</sup>.

A patogênese dessas estruturas não está bem definida, mas para Vail e Merz<sup>5</sup>, tais cistos podem ser resultados da separação entre duas camadas epiteliais, resultante da tração exercida pelos ligamentos zonulares. A avaliação desses casos é de fundamental importância, uma vez que outras neoplasias de íris e de corpo ciliar podem ser confundidas com cistos devido à sua morfologia<sup>1</sup>.

A realização de exames complementares, em especial a biomicroscopia ultrassônica (UBM), mostra-se como um método útil e não invasivo para a detecção, bem como mensuração e avaliação comparativa com outras estruturas oculares do segmento anterior do globo <sup>6</sup>.

Entre as características típicas de cisto iridociliar do epitélio pigmentar apresentadas na UBM, as de lesões de paredes finas regulares, de média refletividade e conteúdo anecoico, são as principais observadas <sup>7</sup>. Comumente, os cistos irianos são vistos na biomicroscopia como um abaulamento do perfil anterior da íris <sup>8</sup>.

A realização da biomicroscopia é importante, ainda, por permitir avaliar a evolução dessas formações e possíveis complicações, tais como: catarata localizada, inflamação da íris-irite ou ainda glaucoma, em casos de fechamento angular grave <sup>9</sup>.

Ao ser constatado o caráter benigno da formação, o tratamento instituído será expectante, caso não haja um crescimento ameaçador. Nos casos em que os cistos são numerosos e se houver impregnação pigmentar considerável do trabeculado ou apresentar alteração do ângulo da câmara anterior a intervenção se faz necessária <sup>8</sup>.

Nas situações em que requerem tratamento, o de escolha é a iridocistotomia com laser. O procedimento é realizado em midríase máxima com a lente Goldman de 3 espelhos com laser de argônio ou de YAG, perfurando-se a parede do cisto, após o colapso do mesmo, nos casos em que não ocorrem sinéquias anteriores periféricas, o seio imediatamente se abre e ele recua, retornando-se ao seu plano normal <sup>8</sup>. A eficácia terapêutica pode ser avaliada através das imagens feitas pela UBM no pré-operatório e após a aplicação do laser, as quais permitem a visualização do colapso do cisto após a sua ruptura <sup>10</sup>.

Quanto ao caso em questão, após a avaliação clínica e dos resultados positivos obtidos pela UBM foi então orientado à paciente que seguisse um acompanhamento médico anual continuado, pelo risco de evoluir para complicações que comprometam a saúde ocular de modo agudo.

---

## CONCLUSÃO

A avaliação clínica aliada a solicitação de exames de imagem não invasivos, em especial a UBM, permitiram no caso retratado, uma correta detecção e caracterização da

formação, assim como a diferenciação da lesão. Ressalta-se ainda a necessidade de acompanhamento dos cistos quanto ao seu crescimento e evolução, medidas essas que podem influenciar na conduta e prognóstico da paciente.

---

## REFERÊNCIAS

1. Browling B. Kanski Oftalmologia Clínica: Uma Abordagem Sistemática. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. Cap 12, Tumores oculares; p. 723-95.
2. Vela A, Rieser JC, Campbell DG. The heredity and treatment of angle-closure glaucoma secondary to iris and ciliary body cysts. *Ophthalmology* 1983; 91:332-37.
3. Lois N, Shields CL, Shields JA, Mercado G. Primary cysts of the iris pigment epithelium. *Ophthalmology* 1998; 105:1879-85.
4. Kunimatsu S, Araie M, Ohara K, Hamada C. Ultrasound biomicroscopy of ciliary body cysts. *Am J Ophthalmol* 1999; 127:48-55.
5. Vail D, Merz EH. Embryonic intraepithelial cyst of the ciliary body processes. *Am J Ophthalmol* 1951; 35:1676-84.
6. Augsburger JJ, Affel LL, Benarosh DA. Ultrasound biomicroscopy of cystic lesions of the iris and ciliary body. *Trans Am Ophthalmol Soc* 1996; 94:259-74.
7. Ayres B, Allemann N, Nakanami C, Consuelo AB. Cistos primários do epitélio pigmentar da íris e corpo ciliar: aspectos de biomicroscopia ultrassônica. *Arq. Bras. Oftalmol.* 2000 Out; 63 (5): 337-43.
8. Silva FA, Almeida HG. Glaucoma Associado a Cistos e Tumores Intraoculares. In: Alves MR, Mello PAA, Susanna R, Almeida HG. *Glaucoma/Conselho Brasileiro de Oftalmologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2016. p. 373-395.
9. Cronemberger S, Ferreira DM, Diniz AF, Mérula RV, Calixto N. Prevalência de cistos iridociliares em exames de biomicroscopia ultrassônica. *Arq. Bras. Oftalmol.* 2006; 69 (4):471-5.
10. Cronemberger S. Importância da biomicroscopia ultrassônica. *Rev. Bras. Oftalmol.* 2005; 64(4): 280-288.