

Relato de Caso Clínico

Dra. Ludmila Nascimento
Córnea, Cirurgia Refrativa e Lente de Contato
HOB (Hospital Oftalmológico de Brasília).

Dr. Eduardo Rocha
Superfície Ocular e Doenças Externas
HOB (Hospital Oftalmológico de Brasília).

Dra. Luciene Barbosa
Coordenadora de Ensino da Opty Academy.

SM, 84 anos, referindo baixa acuidade visual em olho esquerdo (OE) há 8 meses. Apresentava acuidade visual com correção (AVC/C) em olho direito (OD) de 0,2 logMAR e OE de percepção luminosa. Realizada biomicroscopia do OE, na qual foram observadas lesões elevadas branco-acinzentadas, surgindo do limbo superior e invadindo toda superfície corneana, vaso nutridor nasal, pterígio nasal grau 3 com concreções em sua superfície, fundo de saco superior e inferior livres (Figura1). OD sem alterações. Biomicroscopia ultrassônica mostrou lesão de conjuntiva de 8 às 11h, com estrutura interna heterogênea sugerindo carcinoma de conjuntiva, com medidas: anteroposterior maior que 6,84 mm; laterolateral 8,56 mm; e altura 2,32 mm. Tecido pré-córnea: 190 micra, com maior espessura às 9h: 1250 micra.

Iniciamos tratamento de quimiorredução com colírio de mitomicina C 0.02% de 6/6 horas e acetato de fluormetolona 0,1% de 12/12 horas por 15 dias, com suspensão por 7 dias, seguido de mais 15 dias de medicação, completando 1 ciclo. Houve redução importante da lesão (Figura 2). Realizado segundo ciclo de quimiorredução (Figura 3). Realizada exérese de pterígio e o diagnóstico anatomopatológico mostrou tecido fibrovascular sem

sinais de atipia. Ao final do tratamento, paciente com AVC/C em OE de 0,1 logMAR (Figura 4). Foi optado apenas por acompanhamento clínico, visto que o anatomopatológico não mostrou atipia.

Neoplasia escamosa da superfície ocular (OSSN) engloba displasia, carcinoma in situ, neoplasia intraepitelial e carcinoma de células escamosas (CEC) da córnea e/ou conjuntiva.^{1,2} OSSN é a malignidade não pigmentada mais comum da superfície ocular.³ Locais afetados incluem a conjuntiva, limbo e córnea, sendo mais frequente no limbo interpalpebral. Sua aparência pode ser gelatinosa, papilomatosa, leucoplásica ou uma alteração opalescente na córnea.⁴ Os fatores de risco incluem exposição à luz ultravioleta B; portanto, uma maior incidência é observada em países próximos ao equador. Outros fatores de risco associados com OSSN são pele clara, infecção pelo vírus do papiloma humano, vírus da imunodeficiência humana, sexo masculino, idade, xeroderma pigmentoso e tabagismo.^{1,4-9}

Como muitos desses tumores têm características clínicas típicas, um diagnóstico preciso geralmente pode ser feito por biomicroscopia, desde que o oftalmologista esteja familiarizado com suas aparências clínicas.⁷ Se o diagnóstico for duvidoso, destaca-se a importância de exames adjuvantes, como citologia de impressão, biomicroscopia ultrassônica, microscopia confocal in vivo e tomografia de coerência óptica. O padrão ouro é a obtenção de uma biópsia, seja incisional ou excisional, para histopatologia.^{1,10}

Os tratamentos atuais para OSSN incluem quimioterapia tópica com interferon- α 2b (IFNa2b), mitomicina-C (MMC) e 5-fluorouracil (5-FU) como um único tratamento. A cirurgia com técnica “no touch” é utilizada durante a excisão do OSSN, com amplas margens cirúrgicas de 2-3 mm, epiteliectomia com álcool

absoluto em córnea e uso de crioterapia nas bordas da lesão; cirurgia com antimetabólitos adjuvantes é outra opção.^{1,2,7}

Os medicamentos tópicos têm profundidade de penetração limitada. Nesses casos, a radioterapia adjuvante da superfície ocular pode ser realizada com terapia de prótons, braquiterapia ou radioterapia por feixe de elétrons para carcinomas invasivos.¹¹ Enucleação ou exenteração podem ser as únicas opções para doença extensa que não respondeu a outros tratamentos.¹ Novos tratamentos, como o uso de fator de crescimento endotelial antivascular¹² e laser de fotocoagulação², têm sido empregados com bons resultados, contudo, necessitam de mais estudos.

O tratamento da OSSN com terapia tópica tem a vantagem de tratar toda a superfície ocular, incluindo as células subclínicas atípicas, e de evitar riscos cirúrgicos.¹³ Em tumores extensos, podem ser usados primariamente para reduzir o tamanho do tumor e posterior excisão cirúrgica. 5-FU e MMC funcionam mais rapidamente, todavia apresentam o risco de toxicidade para a superfície ocular e sistema lacrimal. O IFN- α 2b tópico requer mais tempo para resolução do tumor e possui custo mais elevado, entretanto é mais bem tolerado pelos pacientes.^{1,9,14,13}

Como a recorrência de OSSN pode acontecer anos após o tratamento, o acompanhamento desses pacientes é imprescindível.

^{1,13}

Figura 1: Pré-tratamento

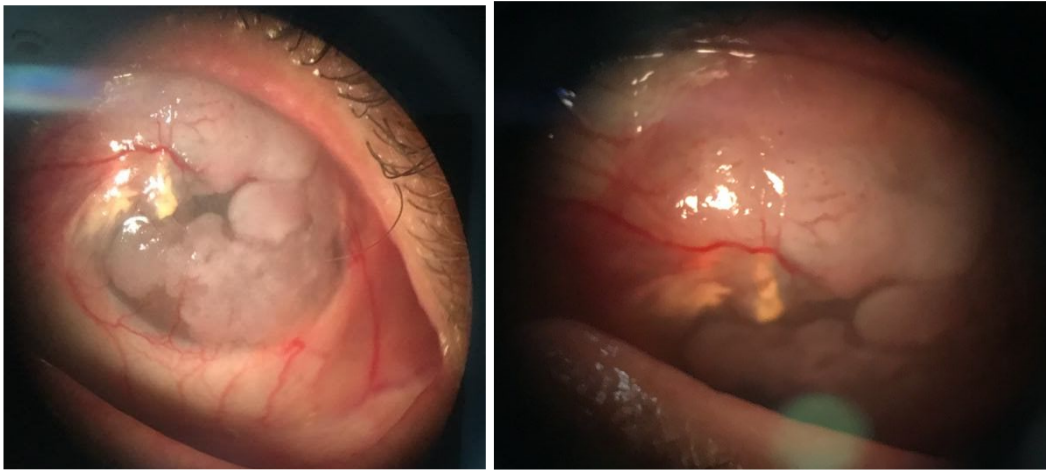


Figura 2: Após primeiro ciclo de quimiorredução

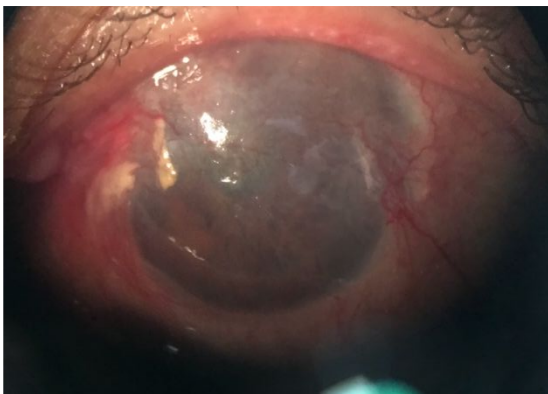
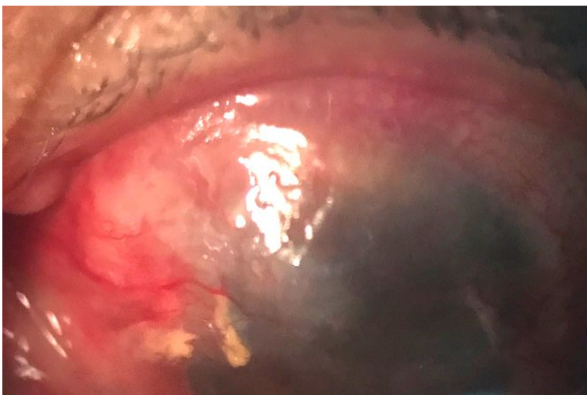


Figura 3: Após segundo ciclo de quimiorredução

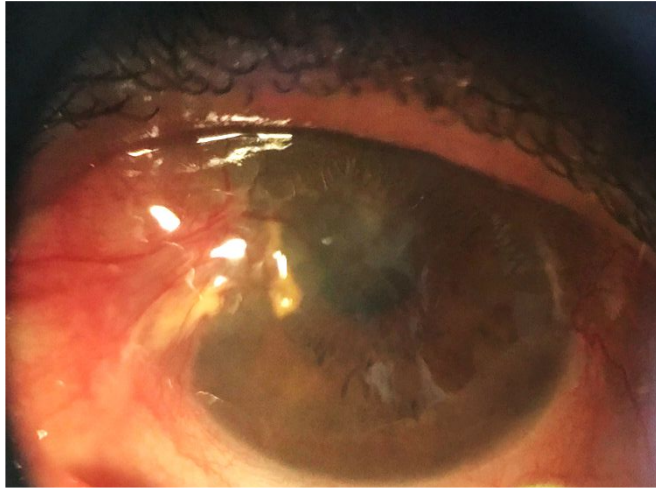


Figura 4: Após exérese de pterígio



- 1 Kiire CA, Srinivasan S, Karp CL. Ocular Surface Squamous Neoplasia. *Int Ophthalmol Clin* 2010; **50**: 35–46.
- 2 Toledo AS, Morales M, Neto RB. Novel low-cost approach to the treatment of ocular surface squamous neoplasia using pattern scanning laser photocoagulation Nova abordagem de baixo custo para neoplasia escamosa da superfície ocular usando fotocoagulação tipo pattern scanning. 2020; : 1–6.
- 3 Shields CL, Demirci H, Karatza E, Shields JA. Clinical survey of 1643 melanocytic and nonmelanocytic conjunctival tumors. *Ophthalmology* 2004; **111**: 1747–1754.
- 4 Carroll JN, Willis ZI, De St Maurice A, Md SK. Human papilloma virus vaccination and incidence of ocular surface squamous neoplasia. *Int Ophthalmol Clin* 2017; **57**: 57–74.
- 5 Basti S, Macsai MS. Ocular Surface Squamous Neoplasia. *Cornea* 2003; **22**: 687–704.
- 6 Lee GA, Williams G, Hirst LW, Green AC. Risk Factors in the Development of Ocular Surface Epithelial Dysplasia. *Ophthalmology* 1994; **101**: 360–364.
- 7 Shields CL, Shields JA. Tumors of the conjunctiva and cornea. *Surv Ophthalmol* 2004; **49**: 3–24.
- 8 Weinstein JE, Karp CL. Ocular surface neoplasias and human immunodeficiency virus infection. *Curr Opin Infect Dis* 2013; **26**: 58–65.
- 9 Shields CL, Kaliki S, Kim HJ, Al-Dahmash S, Shah SU, Lally SE *et al*. Interferon for ocular surface squamous neoplasia in 81 cases: Outcomes based on the american joint committee on cancer classification. *Cornea* 2013; **32**: 248–256.
- 10 Barros J de N, Araújo de Almeida SR, Lowen MS, da Cunha MC, Gomes J álvaro P. Impression cytology in the evaluation

- of ocular surface tumors: Review article. *Arq Bras Oftalmol* 2015; **78**: 126–132.
- 11 Santoni A, Thariat J, Maschi C, Herault J, Baillif S, Lassalle S *et al.* Management of Invasive Squamous Cell Carcinomas of the Conjunctiva. *Am J Ophthalmol* 2019; **200**: 1–9.
 - 12 Finger PT, Chin KJ. Refractory squamous cell carcinoma of the conjunctiva treated with subconjunctival ranibizumab (lucentis): A two-year study. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2012; **28**: 85–89.
 - 13 Nanji AA, Sayyad FE, Karp CL. Topical chemotherapy for ocular surface squamous neoplasia. *Curr Opin Ophthalmol* 2013; **24**: 336–342.
 - 14 Bellerive C, Berry JL, Polski A, Singh AD. Conjunctival squamous neoplasia: Staging and initial treatment. *Cornea* 2018; **37**: 1287–1291