Análise do perfil clínico de pacientes portadores de neoplasia ocular escamosa atendidos em hospital referência de oculoplástica

Analysis of the clinical profile of patients with squamous ocular neoplasms attended at a reference hospital of oculoplastics

Mariana Lora Henn[1], **Astor Grumann Júnior**[1], **Taina Medeiros Duarte Da Silva**[1]

[1] Hospital Regional de São José, São José, SC, Brasil.

Como citar:
Henn ML, Grumann Júnior A, Duarte Da Silva TM. Análise do perfil clínico de pacientes portadores de neoplasia ocular escamosa atendidos em hospital referência de oculoplástica. Rev Bras Oftalmol. 2022;81:e0055.

doi:
https://doi.org/10.37039/1982.8551.20220055

Descritores:
Carcinoma de células escamosas; Cirurgia plástica; Segmento anterior do olho; Neoplasias oculares; Neoplasias cutâneas

Keywords:
Carcinoma, squamous cell; Surgery, plastic; Anterior eye segment; Eye neoplasms; Skin neoplasms

Recebido:
18/10/2021

Aceito:
30/3/2022

Autor correspondente:
Mariana Lora Henn
Avenida Visconde de Guarapuava 3806, Curitiba-PR
Tel.: 49 999767035
E-mail: marianahenn@unochapeco.edu.br

Instituição de realização do trabalho:
Hospital Regional de São José – Homero de Miranda Gomes, São José, SC, Brasil.

Fonte de auxílio à pesquisa:
não financiado.

Conflitos de interesse:
os autores declaram que não há conflitos de interesses.

Copyright ©2022

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil clínico de pacientes portadores de neoplasias escamosas da superfície ocular.

Métodos: Foram avaliados os principais fatores de risco envolvidos na gênese das neoplasias escamosas da superfície ocular, as características clínicas dos pacientes e os hábitos comportamentais associados. Foram incluídos neste trabalho de coorte histórica 80 pacientes com diagnóstico anatomopatológico de neoplasia escamosa da superfície ocular atendidos entre os anos de 2010 e 2020 em um hospital referência em oculoplástica e segmento anterior de Santa Catarina. Os dados clínicos e desfechos foram avaliados por meio da análise de prontuário e entrevista, sendo posteriormente tabulados no Excel e submetidos à analise estatística por meio do software *Statistical Pakage for the Social Sciences*, versão 16.

Resultados: Foi observado que 73,8% (n=59) eram do sexo masculino. A média de idade da amostra foi de 62 anos. Quanto ao fototipo de pele, de acordo com a escala de Fitzpatrick, constatou-se que a maioria apresentou os fototipos 1 e 2 (22; 27,5% e 44; 55%, respectivamente). Em relação à exposição ocupacional ao sol/radiação, 48% (n=60) apresentaram história de exposição ocupacional, sendo que, destes, 28 pacientes trabalhavam no setor de agricultura. Dos pacientes da amostra, 33 (41,2%) apresentavam histórico pessoal de neoplasias de pele, sendo que, destes, três apresentavam diagnóstico de xeroderma pigmentoso. Quanto ao hábito de uso de fatores de proteção solar, 61% (n=49) da amostra negou o hábito. Foi evidenciada associação estatisticamente significativa entre o hábito de usar fatores de proteção solar e histórico pessoal de neoplasias de pele. Em relação ao tipo de neoplasia escamosa, a maioria dos pacientes (72; 90%) apresentou diagnóstico anatomopatológico de carcinoma espinocelular ocular.

Conclusão: O perfil clínico epidemiológico dos pacientes portadores de neoplasias escamosas da superfície ocular neste estudo, predominantemente de carcinoma espinoceular ocular, foi de homens, idosos, de pele clara (fototipo 2) e com histórico importante de exposição aos raios solares ultravioleta A e B. Comorbidades imunodepressoras (HIV e transplante de órgão sólido) e doenças dermatológicas (albinismo e xeroderma pigmentoso) associaram-se ao aparecimento das neoplasias escamosas da superfície ocular em idade mais precoce. Em pacientes com histórico pessoal prévio de neoplasias de pele, foi evidenciado o hábito de uso de fatores de protetor solar mais presente em relação aos demais.

ABSTRACT

Objective: To analyze the clinical profile of patients with ocular surface squamous neoplasms (OSSN).

Methods: The main risk factors involved in the genesis of the ocular surface squamous neoplasms, the clinical features, and the behavioral habits associated were evaluated. This historical cohort study included 80 patients with anatomopathological diagnosis of OSSN who were treated between 2010-2020 at a reference hospital in oculoplastic and anterior segment in Santa Catarina. The clinical data and outcomes were evalated through the analysis of medical records and interviews, being later tabulated in Excel and analyzed using the SPSS 16 software.

Results: Regarding the clinical profile of the patients in the sample, 73.8% (n = 59) were male. The mean age of the sample was 62 years old. As for the skin phototype, according to the Fitzpatrick scale, most of the sample presented the phototype 1 and 2 (27.5% n = 22; and 55% n = 44 respectively). Regarding occupational exposure to the sun / radiation, 48% (n = 60) had history of occupational exposure, and of these, 28 patients worked in the agricultural area. Of the patients of the sample, 33 (41.2%) had a personal history of skin neoplasms, and of these, 3 had diagnosis of xeroderma pigmentosum. As for the habit of using sun protection factors, 61% (n = 49) of the sample denied the habit. A statistically significant association was evidenced between the habit of using sun protection factors and people's history of skin cancer. Regarding the type of squamous neoplasia, most patients in the 90% sample (n = 72) had an anatomopathological diagnosis of ocular squamous cell carcinoma.

Conclusion: The clinical epidemiological profile of patients with OSSN in this study, predominantly ocular squamous cell carcinoma, was men, elderly, fair-skinned (phototype 2) and with an important history of exposure to UVA and UVB rays. Immunosuppressive comorbidities (HIV, solid organ transplant) and dermatological diseases (albinism, xeroderma pigmentosum) are associated with the appearance of OSSN at an early age. In patients with a previous personal history of skin neoplasms, the habit of using sunscreen factors was more present than in the other patients.

INTRODUÇÃO

As anormalidades epiteliais que acometem conjuntiva e córnea de origem celular escamosa, que englobam o papiloma escamoso, a neoplasia intraepitelial córneo-conjuntival (NIC) com displasia leve (NIC I)/moderada (NIC II) ou grave (NIC III; carcinoma *in situ*) e sua forma mais grave de apresentação, que é o carcinoma espinocelular (CEC), podem ser agrupadas e classificadas como neoplasias escamosas de superfície ocular (NESO).[1-3]

Os tumores epiteliais representam de um terço até metade do total de neoplasias conjuntivais.[2] Destas, a incidência especificamente de NESO varia de aproximadamente 0,02 a 3,5 casos por 100 mil habitantes em todo o mundo.[4] A incidência é inversamente proporcional à latitude do país em que o indivíduo acometido habita; assim, os locais mais próximos à Linha do Equador tendem a apresentar uma maior incidência de casos.[5]

Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca),[6] o estado de Santa Catarina apresenta proporcionalmente o maior número de casos de neoplasias de pele do país. Os fatores de risco para o desenvolvimento de neoplasias de pele do tipo melanoma e não melanoma são, em grande parte, os mesmos fatores de risco para o desenvolvimento de NESO.[7] Não há, até o presente momento, estatísticas e bancos de dados de escala nacional consistentes a respeito da incidência para neoplasias oculares, mas, a partir dos dados aqui relatados, é possível presumir que Santa Catarina apresente também alta incidência de neoplasias oculares em relação às demais regiões do país.

Os fatores de risco mais conhecidos para as NESO incluem exposição a radiação ultravioleta (UV) A e B, sexo masculino, pessoas de pele clara (fototipos 1 e 2 da escala de Fitzpatrick, (Tabela 1), idade avançada (>60 anos), tabagismo, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), infecção pelo papilomavírus humano (HPV)[5] tipos 16 e 18, imunodeficiências secundárias (por exemplo: pacientes submetidos a transplante de órgão), associação com doenças dermatológicas como eczema/dermatite atópica, albinismo e, em especial, associação com o xeroderma pigmentoso.[8-10]

Tabela 1. Fototipos de Fitzpatrick

Características	Fototipo	Sensibilidade ao sol
Queima com facilidade, nunca bronzeia	1	Muito sensível
Queima com facilidade, bronzeia muito pouco	2	Sensível
Queima moderadamente, bronzeia moderadamente	3	Normal
Queima pouco, bronzeia com facilidade	4	Normal
Queima raramente, bronzeia bastante	5	Pouco sensível
Nunca queima, totalmente pigmentada	6	Insensível

Os sintomas relatados pelos pacientes com NESO são amplos e variam conforme o tamanho e a localização da lesão. As queixas englobam lesão de crescimento gradual, hiperemia com grandes vasos dilatados, irritação e desconforto ocular. A acuidade visual geralmente não é afetada, pois a localização mais comum das lesões é em região perilimbar, poupando o eixo visual, mas, nos casos avançados, a lesão pode se infiltrar na córnea até região central da pupila, causando prejuízo visual. A lesão pode ainda se infiltrar na esclera e na órbita, causando simbléfaro, proptose e distorção anatômica local.[9]

As NESO usualmente se apresentam como lesões nodulares, elevadas, papilomatosas/gelatinosas ou sésseis, com presença de vasos calibrosos nutridores e áreas leucoplasia. Estão localizadas principalmente em região perilimbar córneo-conjuntival interpalpebral e unilateralmente (a apresentação bilateral simultânea é incomum). Outro tipo de apresentação clínica é de um espessamento conjuntival difuso plano, mal delimitado e com vasos calibrosos, fazendo diagnóstico diferencial com outras entidades clínico-oftalmológicas, como esclerite nodular, pterígio e carcinoma sebáceo, por exemplo.[9,10]

Na avaliação por exame oftalmológico em lâmpada de fenda, não há critérios clínicos que permitam distinguir com exatidão a neoplasia intraepitelial de um CEC, sendo o diagnóstico apenas presuntivo. O padrão-ouro para o diagnóstico definitivo é a realização de estudo antomopatológico da peça pós-excisão. A citologia esfoliativa é outro método diagnóstico indicado nos casos de lesões pequenas candidatas ao tratamento com quimioterapia tópica, mas também possui a desvantagem de não diferenciar carcinomas *in situ* dos invasivos.[11,12]

Na avaliação anatomopatológica da peça, é possível classificar as NESO como neoplasia intraepitelial graus I e II, caracterizada por displasia leve/moderada com substituição parcial da espessura do epitélio por células levemente/moderadamente anaplásicas, que não apresentam maturação normal; neoplasia intraepitelial grau III (carcinoma *in situ*), caracterizada por displasia grave, com substituição total da espessura do epitélio por células anaplásicas com membrana basal intacta; e, por fim, o CEC, caracterizado por neoplasia bem diferenciada de células epiteliais anormais, com atividade mitótica e invasão da membrana basal.[8,9]

Além da cura da doença, o tratamento visa prevenir a ocorrência de metástases sistêmicas no caso de carcinomas escamosos invasivos; prevenir que as neoplasias intraepiteliais localizadas progridam para carcinomas invasivos; prevenir a incidência de recividas; melhorar a

saúde ocular/qualidade visual do paciente e melhorar a qualidade de vida destes pacientes.

O padrão-ouro das modalidades atuais de tratamento é a excisão cirúrgica[9] (com margens livres de 4mm) associada à técnica de duplo congelamento com crioterapia local na conjuntiva bulbar durante o intraoperatório. Nos casos de grandes defeitos pós-excisão, principalmente nos tumores de grandes diâmetros, a reconstrução com enxerto de membrana amniótica pode ser necessária.[10,11]

Outras modalidades de tratamento incluem quimioterapia tópica com colírios antineoplásicos como mitomicina C (MMC) 0,04% ou 0,02%, 5-fluorouacil e interferon alfa (INF-α) 2-B 1.200.000 UI, podendo ser indicados para imunoterapia (tratamento único de neoplasia primária), imunorredução (redução do tamanho da neoplasia para permitir uma excisão cirúrgica menor) e imunoprevenção (usado após a excisão cirúrgica, para prevenir recorrências).[11-13]

Dentre os quimioterápicos tópicos, a MMC é um imunomodulador de fácil acesso e relativo baixo custo, quando comparado com as demais opções. As abordagens terapêuticas para uso da MMC são diversas, e seus principais mecanismos de ação são atuação como antiproliferativo com capacidade de erradicar células tumorais e alteração do mecanismo de cascata inflamatória atuando na cicatrização.

Lesões avançadas, com acometimento extenso da órbita, podem requerer tratamento agressivo, como evisceração/enucleação ou até mesmo a exenteração ocular, além de acompanhamento em conjunto com outras especialidades médicas, como a cirurgia de cabeça/pescoço e oncologia. Pacientes com determinados fatores de risco, como imunodepressão e com tumores de grandes dimensões localmente invasivos já ao momento do diagnóstico, têm pior prognóstico.[10]

A taxa de recorrência utilizando a técnica de excisão com margens livres associada à crioterapia intraoperatória é de menos de 5%; a taxa de metástase para linfonodos regionais é de aproximadamente 1% a 2% dos casos.

O objetivo deste estudo foi analisar o perfil clínico de pacientes portadores de NESO.

MÉTODOS

Estudo do tipo coorte histórica, que incluiu pacientes em acompanhamento no ambulatório de oculoplástica, com diagnóstico definido de NESO a partir de estudo anatomopatológico, dentre os anos de 2010 e 2020 e aqueles que permaneceram em acompanhamento no ambulatório de oculoplástica por, no mínimo, o primeiro ano após tratamento da neoplasia. Foram excluídos pacientes que tiveram seu diagnóstico ou acompanhamento fora dos anos estabelecidos e os que interromperam seu acompanhamento antes do término do primeiro ano após o tratamento cirúrgico da lesão (por perda de seguimento, mudança de localidade, morte, mudança de médico etc).

A metodologia teve como base a análise de prontuários eletrônicos e aplicação de questionário em relação às características do perfil clínico e ao tratamento dos pacientes da amostra.

Todos os dados foram obtidos pelo pesquisador e registrados no instrumento de coleta de dados. Os dados foram digitados e organizados em planilha eletrônica (Microsoft Excel®), sendo conferidos e exportados para posterior análise estatística.

A análise estatística foi realizada por meio do *software* Statistical Packge for the Social Sciences (SPSS), versão 16, separada de acordo com a natureza das variáveis, número de grupos de estudo e tipos de análises necessárias. Valores de p menores do que 0,05% foram considerados estatisticamente significativos.

Os pacientes receberam uma explicação breve a respeito do questionário, bem como assinaram presencial (ou por telefone/e-mail) Termo de Consentimento Livre e Esclerecido, permitindo a divulgação anônima de seus dados.

O projeto obedece aos preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde (CNS), resolução 466/2012 (autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade). Foi solicitado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além da Carta de Anuência Institucional. O projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, por meio de parecer consubstanciado. Os pesquisadores declaram ausência de conflitos de interesse.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 80 pacientes com NESO diagnosticados entre os anos de 2010 e 2020 em hospital referência de oculoplástica e segmento anterior de Santa Catarina. A idade média dos pacientes foi de 62,75 anos, a mediana foi de 65 anos e o desvio-padrão de 13,38. A idade máxima encontrada foi 82 anos, e a mínima, 5 anos. Destes pacientes da amostra, 73,8% (n=59) eram do sexo masculino.

A idade dos pacientes foi categorizada em faixas etárias com intervalos de 10 anos. Sua distribuição se encontra na tabela 2.

Tabela 2. Faixa etária dos pacientes tratados por neoplasias escamosas de superfície ocular em hospital referência de oculoplástica entre os anos de 2010 a 2020 (n=80)

Faixa etária, anos	Indivíduos
1-10	1 (1,3)
11-20	1 (1,3)
21-30	1 (1,3)
31-40	1 (1,3)
41-50	5 (6,3)
51-60	20 (25,0)
61-70	27 (33,8)
>71	24 (30,0)

Resultados expressos como n (%).

Foi observada prevalência do sexo masculino em todas as faixas etárias. Na faixa etária categorizada de 61 a 70 anos, foi evidenciada uma maior discrepância nessa relação, com proporção de quatro homens para cada mulher acometida, conforme apresentado na figura 1.

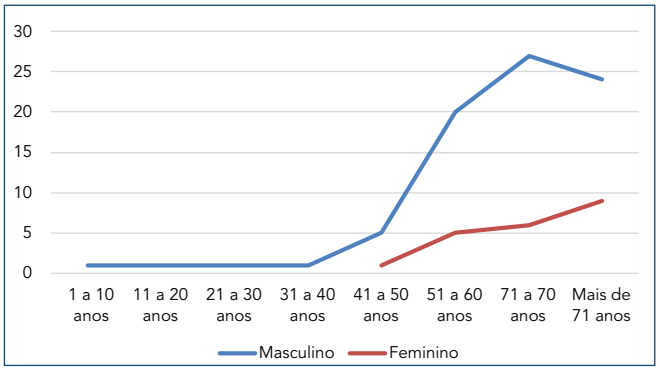

Figura 1. Relação entre sexo e faixa etária dos pacientes tratados por neoplasias escamosas de superfície ocular em hospital referência de oculoplástica entre os anos de 2010 a 2020 (n=80).

Em relação à naturalidade, a maior parte dos pacientes (27,5%) eram provenientes da região oeste de Santa Catarina, seguida de 21,3% provenientes da região do Vale do Itajaí e 21,3% da região da Grande Florianópois, sendo este último o local onde se localizava o hospital deste estudo.

Quanto ao fototipo de pele, de acordo com a escala de Fitzpatrick, constatou-se que a amostra, na sua quase totalidade, teve fototipo 2 (55%) e 1 (27,5%), considerados como sensível e muito sensível ao sol, respectivamente. Apenas três indivíduos da amostra (3,9%) apresentaram o fototipo 6, considerado o mais escuro e insensível ao sol, conforme representando na figura 2.

Quanto à profissão dos pacientes, grande parte da amostra (28; 35%) foi composta de agricultores/fazendeiros; 10% (n=8) atuavam como soldadores/mecânicos/eletricistas; 10% (n=8) trabalhavam com serviços gerais na rua/ambientes externos; 6,3% (n=5) atuavam como

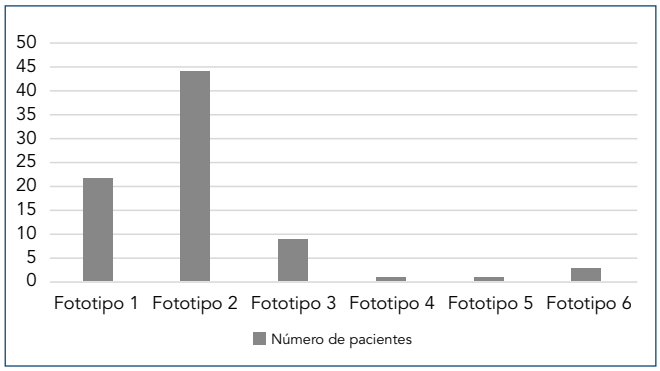

Figura 2. Fototipo dos pacientes tratados por neoplasias escamosas de superfície ocular em hospital referência de oculoplástica entre os anos de 2010 a 2020 (n=80).

motoristas de transportes/caminhoneiros e 6,3% (n=5) atuavam em serviços de pesca/em alto mar. Os demais pacientes da amostra (26; 32,6%) atuavam em serviços gerais no comércio, eram estudantes, dentre outras ocupações.

Em relação à exposição ocupacional ao sol/radiação, a maioria dos pacientes da amostra (n=60) apresentou história prévia e/ou atual positiva de exposição ocupacional. Esses pacientes foram categorizados por tempo de exposição: 43,8% (n=35) apresentaram história de >30 anos de exposição ocupacional; 20% (n=16) apresentaram história de exposição ocupacional de 10 a 30 anos e, por fim, 11,3% (n=9) apresentaram história de exposição ocupacional de até 10 anos. Dos demais indivíduos da amostra, 25% (n=20) não apresentaram história atual ou prévia de exposição ocupacional ao sol/radiação. A média de anos de exposição foi de 48,4 anos, a mediana foi de 25 anos e o desvio-padrão, de 19,3.

Em relação ao histórico de tabagismo, a maioria da amostra (45; 56,3%) negava tabagismo; 21,3% (n=17) apresentavam histórico de >30 anos de tabagismo; 12,5% (n=10) apresentavam histórico de 10 até 30 anos de tabagismo, e 10% (n=8) apresentavam histórico de até 10 anos de tabagismo. Dentre os pacientes tabagistas, 88,2% eram do sexo masculino.

Quanto ao histórico familiar de neoplasias malignas de pele, a maioria da amostra (58; 72,5%) não apresentava história familiar positiva. Quanto ao histórico pessoal de neoplasias malignas de pele, a maioria da amostra (47; 59%) negava história prévia de neoplasia maligna de pele; 23,7% (n=19) apresentaram até cinco neopalsias de pele malignas prévias, e 17,5% (n=14) apresentaram mais de cinco neoplasias de pele malignas prévias. Entre os pacientes com histórico pessoal de neoplasias, três apresentavam diagnóstico de xeroderma pigmentoso.

As principais comorbidades encontradas na amostra foram as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica, *diabeles mellitus* e insuficiência cardíaca congestiva) em 36,3% (n=29) dos pacientes, as quais não estavam envolvidas na gênese das NESO. O aumento da incidência das comorbidades cardiovasculares se mostrou estar relacionado com o aumento da idade dos pacientes da amostra. Dos 80 pacientes da amostra, 16,3% (n=13) possuíam comorbidades associadas às NESO (HIV, pós-transplante de órgão sólido e neoplasia imunodepressora), conforme descrito na tabela 3. Dentre os pacientes com comorbidades associadas às NESO, a idade de surgimento foi mais precoce: média de 33 anos (em relação aos demais da amostra, com média de 62 anos).

Tabela 3. Comorbidades associadas às neoplasias escamosas de superfície ocular dos pacientes tratados em hospital referência de oculoplástica entre os anos de 2010 a 2020 (n=80)

Comorbidades	Indivíduos
Doenças cardiovasculares (HAS, ICC e DM)	29 (36,3)
Imunodepressão (HIV, pós-transplante de órgão sólido e neoplasia)	13 (16,3)

Resultados expressos como n (%).
HAS: hipertensão arterial sistêmica, ICC: insuficiência cardíaca congestiva; DM: *diabetes mellitus*.

Ao serem questionados sobre o uso de fatores de proteção solar nas atividades cotidianas e/ou durante o período de trabalho, 61% (n=49) da amostra negou o hábito. Foi evidenciada associação estatisticamente significativa entre o hábito de usar fatores de proteção solar com o histórico pessoal de lesões malignas de pele, conforme tabela 4. Foram considerados como fatores de proteção solar: protetor solar, chapéu/boné e óculos solares escuros com proteção UVA/UVB.

Tabela 4. Associação entre o uso de fatores de proteção solar com o histórico pessoal de lesões malignas de pele dos pacientes tratados em hospital referência de oculoplástica entre os anos de 2010 a 2020 (n=80)

Costuma usar fatores de proteção solar?	História pessoal pregressa de lesões malignas de pele?		Valor de p*
	Sim	Não	
Sim	19 (59,4)	12 (25,0)	
Não	13 (40,6)	36 (75,0)	0,002
Total	32(100,0)	48 (100,0)	

Resultados expressos por n (%).
* Qui-quadrado.

Em relação ao tipo de neoplasia escamosa, a maioria da amostra (72; 90%) apresentou diagnóstico anatomopatológico de CEC escamoso (CEC), 6,3% (n=5) apresentaram diagnóstico anatomopatológico de papiloma escamoso, e 3,8% (n=3) apresentaram diagnóstico de NIC I.

Quanto á profissão dos pacientes, foi observado que grande parte da amostra, n=28 (35%), é composta de

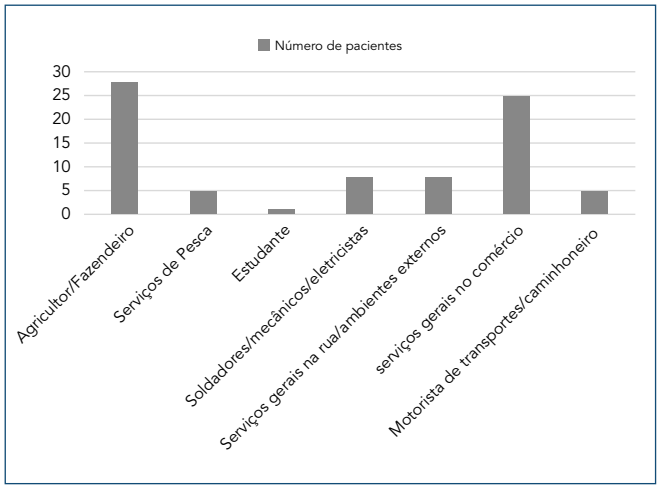

Figura 3. Profissão dos pacientes tratados por neoplasias escamosas de superfície ocular em hospital referência de oculoplástica entre os anos de 2010 a 2020 (n=80).

agricultores/fazendeiros; 10% (n=8) atuam como soldadores/mecânicos/eletricistas; 10% (n=8) que trabalham com serviços gerais na rua/ambientes externos; 6,3% (n=5) atuam como motoristas de transportes/caminhoneiros e 6,3% (n=5) atuam em serviços de pesca/em alto mar. Os demais pacientes da amostra 32,6% (=26) atuam em serviços gerais no comércio, estudantes, dentre outras

DISCUSSÃO

A partir deste estudo, foi possível analisar o perfil dos pacientes portadores de NESO, predominantemente do carcinoma espinoceular ocular, atendidos em um hospital em Santa Catarina entre os anos de 2010 e 2020. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Inca, Santa Catarina é o estado brasileiro com maior número de casos notificados de neoplasias malignas de pele do país e, como seus principais fatores de risco são, em grande parte, os mesmos associadas às neoplasias escamosas oculares, foi relevante na escolha da realização deste trabalho.

Em relação a idade, este estudo encontrou prevalência de acometimento entre a quinta e a sétima década de vida, com idade média de 62 anos ao diagnóstico. Achados semelhantes foram documentados em outros estudos. Meel et al. avaliaram o perfil clínico-demográfico de pacientes diagnosticados com NESO entre 2015 e 2016 em centro oftalmológico na Índia e encontraram prevalência entre a quinta e a séxta década de vida.[14] Meel et al., em seu estudo sobre o perfil clínico de pacientes com NESO em centro oftalmológico terciário, encontraram a média de idade de 55 anos.[15]

Quanto ao sexo, este estudo encontrou alta prevalência do masculino, correspondendo a 73,8% da amostra. Da

mesma forma, Meel et al. encontraram preponderância do sexo masculino de 4,5 casos para cada caso feminino;[14] Semenova et al., em seu estudo retrospectivo sob lesões oculares epiteliais no Canadá, encontraram prevalência do sexo masculino muito semelhante à deste estudo: 69% de homens.[16] Shrestha et al., em seu estudo retrospectivo sobre perfil clínico e tratamento de pacientes com NESO no Nepal, evidenciaram resultados divergentes, com prevalência de mulheres (52,5%) em relação aos homens, fato que pode ser explicado, pois, culturalmente, as mulheres são encarregadas dos afazeres domésticos e do cultivo de alimentos familiares, estando mais expostas ao sol.[17]

Em relação à naturalidade, a maioria (27,5%) dos pacientes era proveniente do oeste, o que pode ser explicado pela alta prevalência de agricultores/fazendeiros na região, sendo esta a principal atividade econômica da região, segundo dados do IBGE.[6] A região do Vale do Itajaí e a região da Grande Florianópolis juntas concentraram grande parte da amostra (42,6%), o que pode ser explicado pela grande incidência de pacientes envolvidos em atividades econômicas no alto mar/pesca com exposição ocupacional ao sol e também pela proximidade dessas regiões do local de realização do estudo, o que é um fator facilitador para acesso e entrada no serviço.

Quanto ao fototipo de pele, de acordo com a escala de Fitzpatrick, 82,5% da amostra concentraram-se nas classificações 1 e 2; apenas três indivíduos foram classificados como fototipo 6. Estes resultados estão de acordo com os de Emmanuel et al., que avaliaram a incidência de CEC no *National Cancer Institue* dos Estados Unidos, concluindo que 96% de sua amostra era composta de brancos não hispânicos (fototipo 2), e não houve, em seu estudo, nenhum caso em indivíduos de pele negra (fototipo 6).[18]

Em relação à profissão dos pacientes, a maioria (75%) apresentou história prévia e/ou atual de exposição ocupacional ao sol (raios UVA e UVB) e/ou radiação. A exposição ao sol/radiação é um dos principais fatores de risco associado ao surgimento de neoplasias escamosas da pele e também da superfície ocular, sendo bem documentada e corroborada na literatura.[19-21]

O tabagismo, considerado outro grande fator de risco para o surgimento de NESO, foi constatado em 43,8% da amostra, sendo a maioria composta de homens. Semenova et al. encontraramprevalência de 34% da amostra pesquisada com história de tabagismo.

Quanto ao histórico familiar e pessoal de lesões malignas de pele, 27,5% da amostra apresentava história familiar positiva para canceres de pele, e 41,2% tinham história pessoal positiva para canceres de pele, sendo que, destes, três pacientes tinham diagnósticos de xeroderma pigmentoso e de neoplasia escamosa da superfície ocular em idade mais precoce em relação à amostra (aparecimento em torno dos 30 anos de idade). Alves et al., em seu estudo retrospectivo de incidência de lesões escamosas no Canadá, constataram que crianças com xeroderma pigmetnoso estavam mais propensas a desenvolver NESO em idades precoces, devido à alta sensibilidade aos raios solares.[22]

Os demais fatores de risco para NESO relacionados à imunodepressão,[19-21] como infecção pelo HIV, pós-transplante de órgão sólido e histórico de neoplasia sistêmica, podem elevar em até dez vezes o risco de desenvolver NESO. Agaba et al. avaliaram a associação de CEC em pacientes com HIV na Uganda, encontranado algum fator de risco imunodepressor em 16,3% da amostra. A média de apresentação, nesses casos, foi em idade mais jovem (47 anos) em relação ao restante da amostra (62 anos). Meel et al.[14] apresentaram um caso de NESO em paciente HIV, um de xeroderma pigmentoso e um de NESO em paciente pós-transplante de órgão sólido e documentram que a média de idade de apresentação das NESO nestes pacientes com fatores de risco ocorre em idades mais jovens (33 anos) em relação aos demais pacientes da amostra sem fatores de risco (55 anos).

Quanto ao hábito do uso de fatores de proteção solar, apesar da maioria da amostra apresentar exposição ocupacional ao sol e radiação (75%), apenas 20% (n=16) do total da amostra apresentava o hábito de usar fatores de proteção solar nas atividades cotidianas. Houve associação estatisticamente significativa ($p<0,01$) entre o hábito de usar fatores de proteção solar com a história pessoal prévia/história familiar prévia de canceres de pele – associação esta que pode refletir o melhor discernimento dessas pessoas acerca da importância do uso de fatores de proteção solar, devido ao conhecimento de seus desfechos. Porém, indo de encontro aos resultados da literatura nacional e internacional acerca do assunto, não houve, neste estudo, relação entre o uso de fatores de proteção solar com a incidência da neoplasia escamosa da superfície ocular, assim como para Santos et al., que não encontraram associação entre a relação do uso de protetor solar com a incidência de câncer de pele.

Em relação ao tipo de neoplasia escamosa da superfície ocular, a maioria da amostra apresentou diagnóstico anatomopatológico de CEC escamoso, o que pode ser explicado pelo hospital do estudo em questão ser referência de tumores malignos. Esses resultados diferem dos de Alves et al.,[22] que encontraram, em seu estudo sobre incidência de neoplasias conjuntivais no Canadá, amostra com apenas 17 (19,7%) casos de CEC, seguida de 27 (31,3%) diagnósticos de NIC I e II e 15 (17,4%) de NIC III; o restante

da amostra apresentou outros tipos de tumores conjuntivais não escamosos. Esse fato pode ser explicado pela diferença populacional e geográfica de ambos os estudos. O Brasil tem localização na Linha do Equador e, segundo Lee et al., indivíduos caucasianos que habitam regiões com latitudes menores que 30º da Linha do Equador têm risco aumentado de desenvolver NESO.

CONCLUSÃO

Ao avaliar o perfil clínico epidemiológico e o tratamento de pacientes portadores de neoplasias escamosas da superfície ocular em hospital referência em óculo-plástica de Santa Catarina entre os anos de 2010 a 2020, foi possível concluir que a amostra era predominantemente do sexo masculino, com faixa etária entre 61 a 70 anos, de pele clara (fototipos I e II) e proveniente principalmente do oeste do estado.

Em relação aos fatores de risco da gênese das neoplasias escamosas da superfície ocular, grande parcela da amostra apresentou > 30 anos de exposição ocupacional ao sol (raios ultravioletas A e B). Houve surgimento de neoplasias escamosas da superfície ocular mais graves e em idades mais precoces nos pacientes com imunodepressão sistêmica e/ou com xeroderma pigmentoso, em relação aos demais pacientes da amostra.

A prevenção de neoplasias escamosas, por meio do hábito de usar fatores de proteção solar, apresentou-se muito evidente em indivíduos que possuíam histórico familiar ou pessoal de canceres de pele prévios. No entanto a adesão ao uso diário de fatores de proteção ainda foi muito baixa, mesmo com grande parte dos pacientes da amostra serem classificados como indivíduos de alto risco para desenvolvimento de NESO pois apresentam fototipo I e II predominantemente e apresentam grande exposição ocupacional aos raios ultravioletas A e B.

O procedimento cirúrgico de exérese com margens livres mostrou-se boa opção para o tratamento das neoplasias escamosas da superfície ocular.

REFERÊNCIAS

1. Waddell K, Kwehangana J, Johnston WT, Lucas S, Newton R. A case-control study of ocular surface squamous neoplasia (OSSN) in Uganda. Int J Cancer. 2010 Jul 15;127(2):427-32
2. Gichuhi S, Macharia E, Kabiru J, Zindamoyen AM, Rono H, Ollando E, et al. Clinical Presentation of Ocular Surface Squamous Neoplasia in Kenya. JAMA Ophthalmol. 2015;133(11):1305-13
3. MacLean I, Burnier M, Zimmerman L, Jacobiec F. Tumors of the conjunctiva. In: Rosai J, editor. Tumors of the eye and ocular adnexa. Washington, DC: American Forces Institute of Pathology; 1994. p. 41-91.
4. Yang J, Foster CS. Squamous cell carcinoma of the conjunctiva. Int Ophthalmol Clin. 1997;37(4):73-85.
5. Gichuhi S, Sagoo MS, Weiss HA, Burton MJ. Epidemiology of ocular surface squamous neoplasia in Africa. Trop Med Int Health. 2013;18(12):1424-43.
6. IBGE – Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (IBGE). Estado de Santa Catarina: IBGE; 2017. v4.6.9
7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (Inca). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [citado 2022 Mar 22]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf
8. Napora C, Cohen EJ, Genvert GI, Presson AC, Arentsen JJ, Eagle RC, et al. Factors associated with conjunctival intraepithelial neoplasia: A case control study. Ophthalmic Surg. 1990;21(1):27-30.
9. Shields JA, Shields CL. Eyelid, conjunctival and orbital tumors: an atlas textbook. Wolters Kluwer Health; 2015.
10. Shields JA, Shields CL, De Potter P. Surgical management of conjunctival tumors. The 1994 Lynn B. McMahan Lecture. Arch Ophthalmol. 1997;115(6):808-15.
11. Daniell M, Maini R, Tole D. Use of mitomycin C in the treatment of corneal conjunctival intraepithelial neoplasia. Clin Exp Ophthalmol. 2002;30(2):94-8.
12. Viani GA, Fendi LI. Tratamento adjuvante ou monoterapia tópica primária para neoplasia escamosa da superfície ocular: uma revisão sistemática. Arq Bras Oftalmol. 2017;80(2):131-6.
13. Moon CS, Nanji AA, Galor A, McCollister KE, Karp CL. Surgical versus medical treatment of ocular surface squamous neoplasia a cost comparison. Ophthalmology. 2016;123(3):497-504.
14. Meel R, Dhiman R, Vanathi M, Pushker N, Tandon R, Devi S. Clinicodemographic profile and treatment outcome in patients of ocular surface squamous neoplasia. Indian J Ophthalmol. 2017;65(10):936-41.
15. Semenova EA, Milman T, Finger PT, Natesh S, Kurli M, Schneider S, et al. The diagnostic value of exfoliative cytology vs histopathology for ocular surface squamous neoplasia. Am J Ophthalmol. 2009;148(5):772-778.e1.
16. Shrestha E, Banstola L, Man I, Gurung B, Gurung H, Adhikari HB. Assessing Profile and Treatment Outcome in Patients of Ocular Surface Squamous Neoplasia (OSSN). Nepal J Ophthalmol. 2019;11(22):181-8.
17. Emmanuel B, Ruder E, Lin SW, Abnet C, Hollenbeck A, Mbulaiteye S. Incidence of squamous-cell carcinoma of the conjunctiva and other eye cancers in the NIH-AARP Diet and Health Study. Ecancermedicalscience. 2012;6:254.
18. Kanski et al. Oftalmologia clínica - uma abordagem sistemática. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. ISBN 9788535281675
19. Shields CL, Ramasubramanian A, Mellen PL, Shields JA. Conjunctival squamous cell carcinoma arising in immunosuppressed patients (organ transplant, human immunodeficiency virus infection). Ophthalmology. 2011 Nov;118(11):2133-2137.e1
20. Alves LF, Fernandes BF, Burnier JV, Zoroquiain P, Eskenazi DT, Burnier Júnior MN. Incidence of epithelial lesions of the conjunctiva in a review of 12,102 specimens in Canada (Quebec). Arq Bras Oftalmol. 2011;74(1):21-3.