

EDILBERTO LIMA FALLEIROS

**CORRELAÇÃO ENTRE DIAGNÓSTICO CLÍNICO E
ANATOMOPATOLÓGICO DE LESÕES PALPEBRAIS E
CONJUNTIVAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE -
MS**

**CAMPO GRANDE
2010**

EDILBERTO LIMA FALLEIROS

**CORRELAÇÃO ENTRE DIAGNÓSTICO CLÍNICO E
ANATOMOPATOLÓGICO DE LESÕES PALPEBRAIS E
CONJUNTIVAIS EM SERVIÇOS DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE -
MS**

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde e
Desenvolvimento na Região Centro-
Oeste da Universidade Federal de
Mato Grosso do Sul, para obtenção
do título de Mestre.**

**Orientador: Prof. Dr. Alexandre Nakao
Odashiro**

**CAMPO GRANDE
2010**

FOLHA DE APROVAÇÃO

EDILBERTO LIMA FALLEIROS

**CORRELAÇÃO ENTRE DIAGNÓSTICO CLÍNICO E ANATOMOPATOLÓGICO DE
LESÕES PALPEBRAIS E CONJUNTIVAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE DE CAMPO
GRANDE - MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Resultado _____

Campo Grande (MS), _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alexandre Nakao Odashiro

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS

Prof. Dr. Andresson Péricles de Figueiredo

Instituição: Universidade do Vale do Itajaí/UNIVALI

Prof. Dr. Lívio Viana de Oliveira Leite

Instituição: Sociedade Beneficente de Campo Grande/Santa Casa

Edilberto Lima Falleiros
**CORRELAÇÃO ENTRE DIAGNÓSTICO CLÍNICO E
ANATOMOPATOLÓGICO DE LESÕES PALPEBRAIS E CONJUNTIVAS
EM SERVIÇOS DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE - MS** / Edilberto Lima
Falleiros – Campo Grande, 2010.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região
Centro-Oeste.

Título em inglês: Correlation between clinical and histopathological
diagnosis of eyelid and conjunctival lesions in health services of Campo
Grande - MS.

1. Neoplasias palpebrais; 2. Neoplasias da túnica conjuntiva; 3. Diagnóstico
clínico; 4. Patologia cirúrgica.

DEDICATÓRIA

*À minha companheira Viviane,
pelo amor, carinho, amizade, doação
e incentivo em todos estes anos que passamos juntos.*

*Ao meu falecido pai, minha mãe e meu irmão
que sempre me apoiaram nas minhas decisões de vida.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao Prof. Dr. Alexandre Nakao Odashiho, grande patologista ocular de nossa cidade, agradeço pelas horas dedicadas e por imbuir-se com carinho nesta pesquisa.

Ao Prof. Maçanori Odashiro, colega de Mestrado e, sobretudo um grande professor, que além de me ensinar os primórdios da Anatomia Patológica na graduação, também gentilmente abriu as portas de seu laboratório para que esta pesquisa se concretizasse.

Ao Prof. Dr. Ricardo Dutra Aydos, pelo incentivo e apoio desde a época da graduação quando fui orientado por ele em programa de iniciação científica do CNPQ.

AGRADECIMENTOS

Aos professores das disciplinas do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

À bibliotecária Célia Campos da Cruz que gentilmente pesquisou e enviou-me artigos da biblioteca da USP- São Paulo, à Prof^a. Maria Derenice Moreira Campos que fez a revisão de português, à família Campos da Cruz (Cenira, Flavia e Deise) pela revisão da formatação.

Às secretárias do LAC – Laboratório de Anatomia Patológica e Citopatologia, Waleska Ramos, Silvana Cação, Sarah Nunes dos Santos e Regiane Alves Queiroz, por sua presteza em todas as vezes que precisei ir àquela instituição.

Aos secretários do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Vera Nascimento Silva, Júlio César Castro Teixeira e Renata Patrícia Andrade Raiano por sua dedicação ao trabalho e atenção com os alunos.

***“Quem sabe concentrar-se numa coisa e insistir nela como único objetivo,
obté, ao fim e ao cabo, a capacidade de fazer qualquer coisa.”***

(Mahatma Gandhi)

RESUMO

Falleiros, EL. Correlação entre diagnóstico clínico e anatomopatológico de lesões palpebrais e conjuntivais em serviços de saúde de Campo Grande – MS.

Campo Grande; 2010. [Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul].

A pálpebra e a conjuntiva apresentam uma enorme variedade de lesões benignas e malignas. Muitas delas têm potencial para causar danos funcionais, estéticos e psicológicos ou até mesmo a morte. O diagnóstico clínico (DC), o diagnóstico anatomopatológico (DAP) e as margens cirúrgicas são cruciais para o prognóstico destas lesões. Trata-se de pesquisa descritiva, documental, quantitativa e retrospectiva com dados extraídos das solicitações de exames anatomopatológicos emitidos por cirurgiões e os resultados destes exames. Os objetivos do estudo foram correlacionar DC com DAP, mostrar a frequência das lesões, avaliar a acurácia do DC e a relação entre margens cirúrgicas e DC em lesões pré-malignas (PM) e malignas (M). De 300 lesões palpebrais avaliadas, havia 87,0% benignas (B), 4,0% PM e 9,0% M. De 135 lesões conjuntivais, 68,1% eram B, 26,7% PM e 5,2% M. A lesão palpebral mais comum foi nevo (18%), calázio (15,3%) e hidrocistoma (11,3%) (grupo benigno); queratose actínica (4,0%) (grupo pré-maligno) e carcinoma basocelular (5,7%), carcinoma sebáceo (1,3%) e carcinoma metatípico (1,3%) (grupo maligno). Das lesões conjuntivais, a mais comum foi nevo (17,0%), pterígio (11,0%) e granuloma (10,0%) (grupo benigno); neoplasia intraepitelial conjuntival (20,0%) (grupo pré-maligno) e carcinoma espinocelular (3,7%) e melanoma (1,5%) (grupo maligno). Nas lesões palpebrais encontramos 23,7% de concordância do DC quanto ao tipo histológico e 30,3% quanto à malignidade e para lesões conjuntivais, 29,6% e 34,8% respectivamente. A acurácia dos DC efetivos palpebrais foi de 73,2% quanto ao tipo histológico e 93,8% quanto à malignidade e nas conjuntivais foi de 69,0% e 81,0% respectivamente. Entre todas as 39 lesões PM e M, 13 (33,3%) tiveram margens cirúrgicas comprometidas pelos tumores os quais tiveram DC B em 30,8% e M em 7,7%. A proporção foi bem diferente das lesões palpebrais PM e M com margens livres (n=24, 61,5%) que tiveram 4,2% de DC B e 16,7% de M. Entre as 43 lesões conjuntivais PM e M, 17 (39,5%) tiveram margens cirúrgicas comprometidas pelos tumores que por sua vez tiveram DC PM ou M em 41,2% e tiveram DC B, indeterminado ou ausente em 58,9%. Entretanto, nenhuma das lesões PM ou M de conjuntiva com margem cirúrgica livre (n=25, 58,1%) tiveram um DC PM ou M. Em relação à concordância entre DC e DAP palpebrais, Dermatologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Oncologia e Oftalmologia foram as especialidades médicas com maior concordância. Todas as lesões conjuntivais foram excisadas por oftalmologistas. Em conclusão, nós encontramos uma alta taxa de DC indeterminado em lesões palpebrais e conjuntivais. O DC foi significativo na determinação de margens cirúrgicas em lesões palpebrais e conjuntivais PM e M.

Palavras-chave: neoplasias palpebrais, neoplasias da túnica conjuntiva, diagnóstico clínico, patologia cirúrgica.

ABSTRACT

Falleiros, EL. Correlation between clinical and histopathological diagnosis of eyelid and conjunctival lesions in health services of Campo Grande - MS. Campo Grande; 2010. [Dissertation - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul].

Eyelid (Ey) and conjunctiva (Co) have a vast variety of benign to malignant lesions. Many of them have potential to cause aesthetic, functional and psychological injure or even death. The clinical diagnosis (CD), the histopathological diagnosis (HD) and the surgical margins are crucial for the prognosis of these lesions. This is a descriptive, documental, quantitative and retrospective research with data extracted from histopathological exams requests issued by surgeons and their histopathological results. The objectives of the study were correlate the CD with the HD, show the frequency of lesions, assess the accuracy of the CD and correlate to the surgical margins in premalignant (PM) and malignant (M) lesions. From the 300 Ey lesions collected, there was 87.0% benign (B), 9.0% M and 4.0% PM lesions. From the 135 Co lesions, 68.1% was B, 26.7% was PM and 5.2% was M. The most common Ey lesions were nevus (18%), chalazion (15.3%) and hidrocystoma (11.3%) (B group); actinic keratosis (4%) (PM group) and basal cell carcinoma (5.7%), sebaceous (1.3%) and metatypical carcinoma (1.3%) (M group). From the Co lesions, the most common lesions were nevi (17%), pterygium (11%) and granuloma (10%) (B group), conjunctival intraepithelial neoplasia (20%) (PM group), and squamous cell carcinoma (3.7%) and melanoma (1.5%) (M group). In Ey lesions we found 23.7% CD agreement for histological type and 30.3% for malignancy and in Co lesions, 29.6% and 34.8% respectively. The accuracy of the effective eyelid CD was 73.2% for histological type and 93.8% for malignancy and the conjunctival was 69.0% and 81.0% respectively. Among all 39 PM and M Ey lesions, 13 (33.4%) had surgical margins compromised by the tumor which had CD B in 30.8% and M in 7.7%. The proportion was quite different from the PM and M Ey lesions with free surgical margins (n=24, 61.5%) which had 4.2% B and 16.7% M CD. Among all 43 the PM and M conjunctival lesions, 17 (39.5%) had surgical margins compromised by the tumor which had CD PM or M in 41.2%, and had B, indeterminate or absent CD in 58.9%. However, none of the PM and M lesions of the Co with free surgical margins (n=25, 58.1%) had a PM or M CD. Concerning the Ey CD and HD correlation, Dermatology, Head and Neck Surgery, Oncology and Ophthalmology were the medical specialties with the highest agreement. All Co lesions were excised by Ophthalmologists. In conclusion, we found a high rate of indeterminate CD in Ey and Co lesions. The CD was significant to determine the surgical margin in the PM and M Ey and Co lesions.

Key Words: eyelid neoplasms, conjunctival neoplasms, clinical diagnosis, surgical pathology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Freqüência e porcentagens de todas as lesões palpebrais de acordo com os diagnósticos anatomopatológicos.....	46
Tabela 2 Freqüências e porcentagens de todas as lesões palpebrais benignas de acordo com os diagnósticos anatomopatológicos	47
Tabela 3 Freqüências e porcentagens de lesões palpebrais malignas de acordo com os diagnósticos anatomopatológicos.....	47
Tabela 4 Freqüências e porcentagens de lesões palpebrais neoplásicas e não-neoplásicas de acordo com os diagnósticos anatomopatológicos	48
Tabela 5 Freqüências e porcentagens dos diagnósticos clínicos de lesões palpebrais	48
Tabela 6 Freqüência e porcentagem da correlação entre tipos de lesões palpebrais e diagnóstico clínico	49
Tabela 7 Freqüências e porcentagens de concordância entre diagnósticos clínicos e anatomopatológicos de lesões palpebrais quanto ao tipo histológico	49
Tabela 8 Freqüências e porcentagens da concordância entre diagnósticos clínicos e anatomopatológicos de lesões palpebrais quanto à malignidade	49
Tabela 9 Freqüências e porcentagens em lesões palpebrais da correlação entre diagnósticos anatomopatológicos e diagnósticos clínicos quanto à malignidade.....	50
Tabela 10 Acurácia do diagnóstico clínico quanto ao tipo histológico em lesões palpebrais.....	51
Tabela 11 Acurácia do diagnóstico clínico quanto à malignidade em lesões palpebrais.....	51
Tabela 12. Freqüências e porcentagens em lesões palpebrais malignas e pré-malignas da correlação entre diagnósticos anatomopatológicos e margens cirúrgicas.....	51
Tabela 13. Freqüências e porcentagens em lesões palpebrais malignas e pré-malignas da correlação entre margens cirúrgicas e diagnósticos clínicos quanto à malignidade	52
Tabela 14. Freqüências e porcentagens dos diagnósticos clínicos das lesões neoplásicas palpebrais.....	52

Tabela 15. Freqüências e porcentagens dos diagnósticos clínicos das lesões não neoplásicas palpebrais.....	53
Tabela 16. Freqüências e porcentagens dos diagnósticos clínicos por especialidade médica em lesões palpebrais	53
Tabela 17. Freqüências e porcentagens dos casos concordantes entre diagnóstico clínico e anatomopatológico de lesões palpebrais quanto ao tipo histológico	54
Tabela 18. Freqüência e porcentagem das lesões palpebrais quanto ao sexo.....	54
Tabela 19. Resultados em freqüências e porcentagens dos diagnósticos clínicos em relação à especialidade médica	55
Tabela 20. Comparação em porcentagem entre as especialidades médicas no acerto do diagnóstico clínico em relação ao anatomopatológico quanto ao tipo histológico em lesões palpebrais.....	56
Tabela 21. Comparação em porcentagem entre as especialidades médicas no acerto do diagnóstico clínico em relação ao anatomopatológico quanto à malignidade em lesões palpebrais	56
Tabela 22. Freqüências e porcentagens de todas as lesões conjuntivais de acordo com os diagnósticos anatomopatológicos	58
Tabela 23. Freqüências e porcentagens de lesões conjuntivais benignas de acordo com os diagnósticos anatomopatológicos	59
Tabela 24. Freqüências e porcentagens de lesões conjuntivais pré-malignas de acordo com os diagnósticos anatomopatológicos	59
Tabela 25. Freqüências e porcentagens de lesões conjuntivais malignas de acordo com os diagnósticos anatomopatológicos	60
Tabela 26. Freqüências e porcentagens de lesões conjuntivais neoplásicas e não neoplásicas de acordo com os diagnósticos anatomopatológicos	60
Tabela 27. Freqüências e porcentagens dos diagnósticos clínicos de lesões conjuntivais.....	60
Tabela 28. Freqüência e porcentagem da correlação entre tipos de lesões conjuntivais e diagnóstico clínico	61
Tabela 29. Freqüências e porcentagens quanto à malignidade dos diagnósticos anatomopatológicos em relação aos diagnósticos clínicos de lesões conjuntivais ...	61
Tabela 30. Freqüências e porcentagens da concordância entre diagnósticos clínicos e anatomopatológicos das lesões conjuntivais quanto ao tipo histológico	62

Tabela 31. Freqüências e porcentagens da concordância entre diagnósticos clínicos e diagnósticos anatomopatológicos das lesões conjuntivais quanto à malignidade..	62
Tabela 32. Acurácia do diagnóstico clínico quanto ao tipo histológico em lesões conjuntivais.....	63
Tabela 33. Acurácia do diagnóstico clínico quanto à malignidade em lesões conjuntivais.....	63
Tabela 34. Freqüências e porcentagens em lesões conjuntivais malignas e pré-malignas da correlação entre diagnósticos anatomopatológicos e margens cirúrgicas.....	63
Tabela 35. Freqüências e porcentagens em lesões conjuntivais malignas e pré-malignas da correlação entre margens cirúrgicas e diagnósticos clínicos quanto à malignidade.....	64
Tabela 36. Freqüência e porcentagem da concordância entre diagnóstico clínico e anatomopatológico quanto ao tipo histológico de lesões conjuntivais.....	65
Tabela 37. Freqüência e porcentagem da concordância entre diagnóstico clínico e anatomopatológico quanto à malignidade de lesões conjuntivais.....	65
Tabela 38. Freqüência e porcentagem das lesões conjuntivais quanto ao sexo.....	66
Tabela 39. Resultados da concordância entre os diagnósticos clínicos e anatomopatológicos de lesões conjuntivais.....	67

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.....	94
APÊNDICE B – Ofício de autorização.....	95
APÊNDICE C – Solicitação de dispensa de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	96
APÊNDICE D – Termo de compromisso para utilização de dados	97
APÊNDICE E – Declaração de retorno de pesquisa para as instituições envolvidas	98
APÊNDICE F – Planilha do Excel para tabulação de dados das lesões palpebrais.. ..	99
APÊNDICE G – Planilha do Excel para tabulação de dados das lesões conjuntivais	100
APÊNDICE H – Resultados da comparação de acertos ou erros entre os médicos especialistas em lesões palpebrais	101
APÊNDICE I – Resultados da comparação de acertos ou erros entre os médicos que realizaram os diagnósticos clínicos de lesões conjuntivais	102

LISTA DE ABREVIATURAS

A	Ausente
B	Benigno
Ca	Carcinoma
CBC	Carcinoma basocelular
CCP	Cirurgia de Cabeça e Pescoço
CEC	Carcinoma espinocelular
CGR	Cirurgia Geral
CP	Comprometidas
DAP	Diagnóstico anatomopatológico
DC	Diagnóstico clínico
DER	Dermatologia
I	Indeterminado
LAC	Laboratório de Anatomia Patológica e Citopatologia
LV	Livres
M	Maligno
MARG	Margens cirúrgicas
MED	Médicos
N	Não
NA	Não se aplica
NAV	Não avaliáveis
NIC	Neoplasia intra-epitelial conjuntival
OFT	Oftalmologia
ONC	Oncologia
PAM	Melanose Primária Adquirida
PLA	Cirurgia Plástica
PM	Pré-maligno
QA	Queratose actínica
QS	Queratose seborréica
S	Sim
Tu	Tumor

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 Considerações iniciais	21
2.2 Acurácia do diagnóstico	22
2.3 Lesões palpebrais	23
2.3.1 Lesões palpebrais benignas.....	23
2.3.2 Lesões palpebrais pré-malignas.....	27
2.3.3 Lesões palpebrais malignas	28
2.4 Lesões conjuntivais	31
2.4.1 Lesões conjuntivais benignas.....	31
2.4.2 Lesões conjuntivais pré-malignas.....	34
2.4.3 Lesões conjuntivais malignas	36
3 OBJETIVOS	41
3.1 Gerais	41
3.2 Específicos	41
4 MATERIAL E MÉTODOS	42
4.1 Tipo de pesquisa	42
4.2 Procedimentos de pesquisa	42
4.3 Critérios de inclusão e exclusão	43
4.4 Processamento histológico das peças cirúrgicas	44
4.5 Ética	44
4.6 Análise estatística	45
5 RESULTADOS	46

5.1 Resultados das lesões palpebrais	46
5.1.1 Análise descritiva de lesões palpebrais	46
5.1.2 Análise estatística de lesões palpebrais	54
5.2 Resultados de lesões conjuntivais	57
5.2.1 Análise descritiva de lesões conjuntivais	57
5.2.2 Análise estatística de lesões conjuntivais	66
6 DISCUSSÃO	69
6.1 Lesões palpebrais	69
6.2 Lesões conjuntivais	77
7 CONCLUSÕES	84
8 REFERÊNCIAS	86
APÊNDICES	93
ANEXO	103

1 INTRODUÇÃO

A pálpebra e a conjuntiva são tecidos de fácil acesso e de constante exame clínico, portanto, quando são encontradas alterações epiteliais das mesmas, faz-se necessária a utilização de técnicas para obtenção de material para exame morfológico, que podem contribuir para o esclarecimento diagnóstico, como biópsia excisional, com funções diagnóstica e terapêutica, citologia esfoliativa pelo método de Papanicolaou (LIMA et al., 2005) e biópsia incisional (MESSINA; VALENTE; CASTRO, 2006).

Uma parcela importante da clínica oftalmológica é constituída pelas neoplasias palpebrais (SOARES et al., 2001). Muitos tipos de tumores que ocorrem nas pálpebras refletem a diversidade de tecidos que as mesmas possuem. Muitos destes tumores são similares a outros observados em diferentes áreas de pele expostas ao sol, com exceção do carcinoma de glândulas sebáceas, que raramente ocorre em outras partes do corpo (MCLEAN et al., 1993). A maioria destas lesões é benigna e desenvolve-se da epiderme, derme ou de outras estruturas anexas à pálpebra, que apresentam características únicas (AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2007; SUGANO et al., 2005; SANTO, 2006). Na maioria das vezes, o oftalmologista é procurado para o tratamento destas patologias, devido aos sintomas e sinais presentes que comprometem a estética e a função ou devido à possibilidade de malignidade (SUGANO et al., 2005; SANTO, 2006).

A conjuntiva também é sede de inúmeras doenças. Os tumores podem ser provenientes de vários elementos constituintes da conjuntiva, representando assim um enorme espectro de lesões benignas ou malignas, com conseqüências que podem variar desde perda da visão e, até mesmo, da vida (LIMA et al., 2005). Tumores podem ainda causar desfiguração com grande potencial de disfunção e cada vez mais tumores agressivos acometem pessoas mais jovens (KIIRE; DHILLON, 2006; YOON et al., 2007). O diagnóstico e tratamento precoces destas lesões perioculares são necessários devido à proximidade de outras estruturas importantes da face (SCOTT; KRONISH, 2000).

Lesões são injúrias causadas em um tecido ou órgão por traumatismo, queimadura, ferida ou alteração patológica na estrutura ou na atividade funcional (LEITE, 2007).

Neoplasias são lesões de crescimento celular descontrolado sem demanda fisiológica ou crescimento excessivo, ilimitado e autônomo, formado pela proliferação de células atípicas (LEITE, 2007).

Tumor ou tumoração é qualquer edema ou aumento mórbido de tamanho, ou ainda, um crescimento novo de tecido no qual a multiplicação das células é incontrolada e progressiva (LEITE, 2007).

O termo “tumor” foi aplicado originalmente à tumefação causada pela inflamação. As neoplasias também podem produzir tumefações e, em virtude do longo precedente, o significado não-neoplásico de “tumor” foi lançado no limbo; assim sendo, agora esse termo equivale à neoplasia (COTRAN; KUMAR; ROBBINS, 1991, p.197).

Câncer é uma doença caracterizada por uma população de células que cresce e se divide sem respeitar os limites normais, invade e destrói tecidos adjacentes e pode se espalhar para lugares distantes no corpo, através de um processo chamado metástase. Estas características malignas do câncer o diferencia dos tumores benignos, que são auto-limitados em seu crescimento e não invadem tecidos adjacentes, embora alguns tumores benignos sejam capazes de se tornarem malignos (LEITE, 2007).

Segundo Cotran, Kumar e Robbins (1991) as características dos tumores benignos são boa diferenciação celular/anaplasia com estrutura típica do tecido de origem; ritmo de crescimento habitualmente progressivo e lento, podendo estabilizar ou regredir, apresentando figuras mitóticas raras e normais e quanto à invasão local são habitualmente massas compactas e expansivas bem demarcadas, que não invadem nem infiltram os tecidos normais circundantes. Os mesmos autores descrevem as características dos tumores malignos como: alguma falta de diferenciação celular/anaplasia com estrutura atípica; ritmo de crescimento errático que pode ir de lento à rápido; invasão local com infiltração dos tecidos normais circundantes, às vezes podendo ser aparentemente compactos e expansivos e

freqüentemente apresentando metástase (quanto maior e mais indiferenciado for o tumor primário, maior será a probabilidade de haver metástases).

O diagnóstico e tratamento diferenciados para cada tipo de lesão são imprescindíveis para a resolução destes casos. Neoplasias conjuntivais do epitélio e do estroma são clinicamente e histologicamente similares a tumores que crescem em outras membranas mucosas do corpo. Sua diferenciação baseia-se no histórico médico do paciente e de certas características histopatológicas e clínicas conforme descrito por Amoli e Heidari (2006). Estes mesmos autores relatam ainda que o diagnóstico por biópsia pode ser indicado em lesões maiores que quinze milímetros de diâmetro ou quatro horas dos ponteiros do relógio para tumores límbicos (um terço da circunferência límbica). Em casos de lesões menores que quinze milímetros de diâmetro ou quatro horas do relógio para tumores límbicos é freqüente a excisão completa do tumor para obter o diagnóstico histopatológico.

Dificuldades diagnósticas em tumores de pálpebra e conjuntiva são relatadas por vários autores (SCOTT; KRONISH, 2000; AKPEK et al., 1999; HONAVAR et al., 2001; SCHELLINI et al., 1997; YANG; FOSTER, 1997). Scott e Kronish (2000) descrevem que tumores cutâneos benignos pré-cancerosos e malignos são difíceis de serem diferenciados pela aparência clínica. Akpek et al. (1999) relataram dificuldades no diagnóstico de tumores malignos de superfície ocular que mimetizam blefaroconjuntivites configurando a síndrome mascarada, que foi primeiramente descrita por Theodore e Irvine em 1967. Já Ronavar et al. (2001) relataram que o carcinoma de glândulas sebáceas pode simular calázio ou blefaroconjuntivite crônica, causando um retardo no diagnóstico. Lesões benignas como queratoacantoma conjuntival podem ocasionalmente ser difíceis de diferenciar de carcinoma espinocelular (SCHELLINI et al., 1997). Yang e Foster (1997) relataram ainda que, clinicamente, distinguir carcinoma de células escamosas de displasia ou carcinoma *in situ* conjuntivais pode ser difícil.

Um aspecto importante analisado é a correlação entre margens cirúrgicas de exames histológicos e diagnósticos clínicos quanto à malignidade. Segundo Ishi et al. (2004), o exame histológico é importante para confirmação diagnóstica, definição do tipo histológico, avaliação da presença de ulceração microscópica e para detectar

o acometimento das margens cirúrgicas de ressecção, assim como a observação das distâncias destas margens.

Os clínicos costumam subestimar as importantes contribuições que fazem para o diagnóstico de uma neoplasia. Os dados clínicos são valiosos para se fazer um diagnóstico patológico ótimo (COTRAN; KUMAR; ROBBINS, 1991, p.248).

O diagnóstico clínico correto dos tumores e sua correlação com os resultados anatomopatológicos são fatores importantes no prognóstico dos pacientes portadores de neoplasias. A suspeita de malignidade ou benignidade serve como indicação para a realização de uma exérese da lesão com margens cirúrgicas seguras, dependendo do tipo de tumor encontrado e seu grau de malignidade e potencial de produzir metástases.

Em relação às neoplasias palpebrais e conjuntivais, não encontramos no estado de Mato Grosso do Sul estudos epidemiológicos ou sobre correlação anatomoclínica, nem estudos sobre margens cirúrgicas em relação a estas lesões, tão encontradas na prática clínica diária.

Avaliar a acurácia do diagnóstico clínico de neoplasias palpebrais e conjuntivais também se mostra muito importante para servir de alerta e estimular a busca pelo aprofundamento do conhecimento científico por parte dos profissionais solicitantes, pois é necessário o correto diagnóstico clínico para que ocorra a retirada das lesões com margens de segurança, principalmente nos casos suspeitos de malignidade, para alcançar melhores resultados na cura ou controle destas lesões.

A pesquisa tem relevância no município de Campo Grande e no estado de Mato Grosso do Sul, pois há carência de estudos regionais sobre o tema. Estudos bem estruturados e com objetivos pontuais podem se constituir em ponto de partida para novas políticas de saúde e de ensino. A divulgação destes dados pode ter efeito reflexivo para melhoria de práticas médicas e despertar interesse na educação continuada em Medicina na área em questão.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Considerações Iniciais

“Os tumores palpebrais são patologias muito freqüentes na prática clínica oftalmológica. A maioria é composta de tumores benignos (59,9%)” (ABDI et al., 1996 apud GRUPENMACHER et al., 2006, p.336).

Devido ao fato de serem aparentes, os tumores de pálpebra, sobretudo os malignos, têm facilitada a sua detecção e diagnóstico precoce, o que é importante para permitir uma reconstrução palpebral sem remoção desnecessária de tecidos. Ainda pouco se sabe sobre a freqüência destes tumores em nosso meio (SOARES et al., 2001).

Gruppenmacher et al. (2006) relataram que em adultos de 5% a 10% dos tumores cutâneos ocorrem nas pálpebras e destacaram a necessidade do diagnóstico precoce em lesões de pálpebra hiporresponsivas ao tratamento clínico para otimização terapêutica.

Cânceres ocorrem com maior freqüência na pele do que em outras partes do corpo devido à exposição solar e radiações eletromagnéticas diversas. Tem importância ainda o contato com carcinógenos químicos, aliado à predisposição genética. No Brasil evidencia-se alta incidência de lesões cutâneas por exposição solar devido ao país ser localizado predominantemente em área tropical (SCHELLINI et al. 1990 apud SOARES et al., 2001).

Bessa, Potting e Bonfim (1997) referiram que tumores conjuntivais não são muito freqüentes, porém são lesões que despertam a atenção do oftalmologista em seu exame clínico. Consideraram a conjuntiva de fácil observação, levando à detecção precoce destas lesões, porém que o diagnóstico dificilmente é feito. Consideraram o exame anatomopatológico indispensável para o correto diagnóstico das lesões.

Rodrigues et al. (2000) descreveram a conjuntiva como sendo altamente exposta à fatores agressivos externos e suscetível a doenças heredo-degenerativas, sendo um dos locais mais comuns de desenvolvimento dos tumores oculares e ressaltaram ainda o fato de que há poucos relatos sobre a incidência destes tumores.

Já Amoli e Heidari (2006) consideraram que a maioria das lesões conjuntivais tem características típicas e um acurado diagnóstico pode ser realizado com um adequado exame em lâmpada de fenda.

2.2 Acurácia do Diagnóstico Clínico

Kersten, Ewing-Chow e Kulwin (1997) referem que lesões malignas podem mascarar um grande número de condições benignas e concluem que todas as lesões palpebrais retiradas cirurgicamente devem ser submetidas à análise histopatológica porque não é possível obter 100% de acurácia no diagnóstico clínico de lesões palpebrais. Das lesões diagnosticadas clinicamente como benignas, encontraram que 98% dos casos foram provados serem histopatologicamente benignas. Com relação às lesões malignas, embora citem que outros estudos mostram acima de 50% de lesões palpebrais malignas mal diagnosticadas, em sua experiência argumentam que um clínico experiente poderia ser capaz de distinção confiável entre condições benignas, pré-malignas e malignas. Em seu estudo verificaram 92,8% de acurácia diagnóstica para CBC de pálpebras.

Em outro estudo similar, verificando acurácia do diagnóstico clínico em relação ao diagnóstico histopatológico de 86 biópsias de tumores palpebrais, Margo et al. (1999) encontraram 83,7% de concordância em uma análise geral.

Ozidal et al. (2004), estudando 1060 casos de calázio retirados por diferentes oftalmologistas da McGill University Health Center em Montreal, QC, Canadá referiram que estas lesões inflamatórias palpebrais podem simular diversas

condições benignas, pré-malignas ou malignas e concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico foi encontrado em 992 casos, ou seja, 93,6% do total.

Heal et al. (2008) em seu artigo analisando todos os casos de cânceres de pele entre o fim de 1996 e outubro de 1999 na James Cook University de Townsville, North Queensland, Austrália, encontraram 23,5% de ausência de registro do diagnóstico clínico, não observando razões claras para isto. Em seu estudo, relataram que o fato do desempenho diagnóstico ter deixado a desejar, demonstra a necessidade de educação específica incorporada à graduação e pós-graduação no treinamento para o diagnóstico dos cânceres de pele.

2.3 Lesões Palpebrais

2.3.1 Lesões Palpebrais Benignas

Sugano et al. (2005) descreveram que a maioria das lesões de pálpebra é benigna, desenvolvendo-se de várias estruturas da epiderme, derme ou anexos cutâneos. Referiram ainda que a diferenciação entre tumores benignos e malignos, como por exemplo, entre tricoepitelioma e CBC, é possível baseada na clínica e nos achados histológicos, mostrando-nos a importância do diagnóstico clínico.

Entre as lesões benignas, as mais comuns foram: calázios, nevos pigmentados, cistos e papilomas, sendo calázio o tipo histológico mais freqüente (GRUPENMACHER et al. 2006).

Ozidal et al. (2004) também apontaram para o calázio como a lesão inflamatória mais comum na pálpebra e referiram que, apesar da aparente facilidade diagnóstica desta lesão, numerosas condições benignas, pré-malignas e malignas podem ser simuladas pela mesma.

Calázio é um tipo de inflamação localizada na pálpebra que é causada pela obstrução das glândulas de Meibomius, freqüentemente associa-se com blefarite

crônica e com rosácea e pode ocasionalmente ser confundido com neoplasias malignas (AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2007, p.164).

Os nevos melanocíticos não são aparentes ao nascimento, aparecem na infância como lesões planas tipo máculas pigmentadas, aumentam a pigmentação na puberdade, nos adultos são elevadas pápulas pigmentadas e nos idosos são elevadas, mas minimamente pigmentadas ou amelanóticas. São classificadas em juncionais quando estão na junção dermo-epidérmica, compostos quando se estendem acima da epiderme e abaixo da derme e dérmicos quando há involução do componente epidérmico e persistência do componente dérmico e geralmente estão associados com a infância, a idade adulta e a idade senil respectivamente (AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2007, p.176).

Tumores melanocíticos palpebrais são similares aos conjuntivais, embora menos comuns. No caso do nevo, a pigmentação é muito variável, algumas lesões são totalmente amelanóticas e podem ser confundidas com lesões epiteliais ou angiomatosas se elas aumentarem muito ou se tornarem inflamadas (MCLEAN et al., 1993, p.38, p.76).

Em revisão sobre lesões melanocíticas, Garcia e Botella-Estrada (2009) descrevem que o nevo melanocítico pode ser adquirido ou congênito, é uma lesão benigna e em seu aparecimento estão envolvidos fatores genéticos, hereditários e ambientais como exposição solar. No seu diagnóstico utiliza-se sintomatologia, dermatoscopia e histologia. Seu seguimento é importante devido ao risco de desenvolvimento de melanoma a partir desta lesão e nele observam-se mudanças malignas como aumento do tamanho com o crescimento da criança, o aparecimento de zonas de diferentes cores, o aparecimento de folículos pigmentados e grosseiros e o desenvolvimento de lesões satélites ou verrucosas. O tratamento é cirurgia, curetagem, dermoabrasão e laser.

Os hidrocistomas são cistos comumente solitários com aparência translúcida que crescem das glândulas de Moll (sudoríparas) ao longo da margem palpebral. São verdadeiros adenomas secretores. Podem se apresentar únicos ou múltiplos (AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2007, p.174).

Em sua casuística, Schellini et al. (2001) citaram hidrocistomas como lesões benignas palpebrais não muito freqüentes correspondendo a 0,07% de 70 mil biópsias. Citaram que eles classificam-se em apócrinos ou écrinos. O apócrino deriva da obstrução da glândula de Moll da margem palpebral, são vesículas translúcidas, arredondadas e medindo de 01 a 03 mm de diâmetro com conteúdo aquoso em seu interior. O écrino deriva da glândula sudorípara e é raro, apresenta-se como vesículas, às vezes numerosas, na pálpebra inferior ou face.

Cistos epidérmicos são lesões elevadas, redondas, lisas e de crescimento lento com freqüência correspondente a aproximadamente 18% das lesões benignas excisadas, que crescem a partir do infundíbulo do folículo piloso ou após implantação traumática de epiderme dentro da derme. Freqüentemente têm um poro central, que é indicativo remanescente do ducto do pêlo. São também chamados de cistos sebáceos, mas na verdade contém queratina. O tratamento é marsupialização ou excisão completa com a cápsula (AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2007, p.171). Complicações associadas com o cisto epidérmico incluíram infecção, reação granulomatosa por ruptura do cisto e transformação maligna (GEIST, 2000, p. 3352).

A queratose seborréica (QS) é uma lesão comum encontrada em pálpebras e face de idosos e pessoas de meia-idade. Apresenta-se como um crescimento bem delimitado, friável e com consistência macia. É superficial, não envolvendo a derme. Seu tratamento é a curetagem ou vaporização com laser de CO₂ para lesões planas e excisão cirúrgica para lesões pediculadas (GEIST, 2000, p.3354). Pode ser clinicamente confundida com nevo, CBC pigmentado e até mesmo com melanoma maligno (MCLEAN et al., 1993, p.12).

Os papilomas são hiperplasias epiteliais que podem ser sésseis ou pediculadas e ter a cor da pele adjacente. Foram descritas como a lesão benigna mais comum da pálpebra em estatística americana (MCLEAN et al., 1993, p.11). São geralmente encontrados em pessoas idosas ou de meia-idade, usualmente as lesões são solitárias, mas podem ser múltiplas e o crescimento é lento. Elas se apresentam clinicamente como firmes e pequenas lesões pediculadas com uma superfície nodular ou cerebriforme. O diagnóstico diferencial se faz com nevo,

fibroma, epitelioma, queratose actínica, verruga vulgar e queratose seborréica. O tratamento é feito com excisão cirúrgica ou ablação por laser de CO₂ (GEIST, 2000, p.3353-4).

Estudando xantelasma, Bagatin et al. (2000) descreveram que esta lesão é o tipo mais comum de xantoma cutâneo que ocorre na região das pálpebras. Clinicamente aparece como placas amareladas, principalmente em pálpebras superiores próximo ao canto interno dos olhos. Os tratamentos considerados são uso oral de drogas com probucol e pravastatina, que reduzem o colesterol plasmático e levam à regressão da lesão em parte dos pacientes, a utilização de ácidos, a criocirurgia com nitrogênio líquido ou neve carbônica e a eletrocoagulação, todos com recidivas freqüentes e por fim, a excisão cirúrgica associada ou não à blefaroplastia com resultados excelentes. Existe mais recentemente a utilização do laser de CO₂ ultrapulsado e dye laser pulsado com resultados também excelentes.

Verruga vulgar é uma lesão causada pela infecção epidérmica pelo papiloma vírus humano tipo 06 ou 11 (HPV), raramente ocorre na pele das pálpebras e o tratamento mais eficiente é a crioterapia (AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2007, p.170).

Granuloma piogênico é uma lesão vascular comum de pálpebra que é desencadeada freqüentemente após uma cirurgia ocular ou um trauma palpebral. Clinicamente se caracteriza por uma massa rósea de crescimento rápido e às vezes com ulceração superficial do epitélio. Seu tamanho varia de alguns milímetros a mais de 03 cm de diâmetro. Sangra facilmente após ser traumatizado devido à vascularização. O tratamento preconizado é a excisão local (GEIST, 2000, p.3357).

Melanose refere-se à excessiva pigmentação melânica e pode ser congênita ou adquirida. A lesão é plana, o que a diferencia de nevo e melanoma. Quando a lesão é elevada, isto consiste usualmente em sinal de malignidade (MCLEAN et al., 1993, p.78).

Sugano et al. (2005) descreveram tricoepitelioma como um tumor cutâneo benigno derivado dos folículos pilosos e mais freqüente na face.

Marback et al. (2007) citaram pilomatrixoma como tumor benigno com acometimento principal de jovens e originado no folículo piloso. Seu sítio principal de

localização teria sido a pálpebra, mas com prevalência baixa, com freqüente confusão no diagnóstico clínico. Referiram que o diagnóstico clínico deste tumor raramente é feito e os principais erros diagnósticos foram confundi-lo com cisto dermóide ou cisto epidérmico, tendo sido citado ainda hemangioma capilar e rabdomiossarcoma.

Existem numerosos outros tipos de lesões palpebrais benignas que não foram descritas devido à sua baixa freqüência.

2.3.2 Lesões palpebrais pré-malignas

Em dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da USP, Cabral (2007), analisando a instabilidade genômica como fator prognóstico e diagnóstico na progressão de queratose actínica (QA) para carcinoma espinocelular (CEC) humano, relatou QA como lesão pré-maligna precursora de CEC, com taxa de progressão para CEC de aproximadamente 10% dos casos. Relatou ainda que QA surge em áreas expostas ao sol em indivíduos de pele clara, acima de quarenta anos como lesão única ou múltipla. Descreveu a lesão clinicamente como lesões escamosas, ásperas, secas, amareladas, de tamanho variável, geralmente com menos de um centímetro, com curso crônico e possibilidade de malignização para CEC.

Lucci et al. (2006) em seu trabalho sobre tratamento cirúrgico do ectrópio cicatricial com retalho miocutâneo bipediculado, relataram que em nosso país, da mesma forma que em outros países tropicais, a exposição crônica aos raios ultravioleta levam à alteração da pele conhecida como QA, que por consequência leva a um encurtamento da lamela anterior de toda a extensão da pálpebra inferior, levando ao ectrópio cicatricial, passível de correção com enxertos ou retalhos cutâneos.

Em sua revisão sobre crioterapia com nitrogênio líquido nas dermatoses, Moraes, Velho e Magalhães (2008) indicam este tratamento para QA, classificando-a também como lesão pré-maligna.

2.3.3 Lesões Palpebrais Malignas

A Sociedade Brasileira de Dermatologia (2006) coletando dados entre dermatologistas em programa nacional desenvolvido por aquela sociedade desde 1999 e através de um artigo com análise descritiva, mostrou que há evidências importantes de que os três principais tipos de cânceres de pele tenham a exposição solar como seu principal fator de risco, sendo também descritos o álcool, o fumo, a exposição ao arsênico, as radiações ionizantes e os processos cutâneos irritativos crônicos. Consideraram também evidências de tendência de aumento de mortalidade e morbidade por câncer de pele, tornando-o um problema de saúde pública. Atribuíram o aumento da morbidade a diversos fatores, quais sejam: aumento da exposição aos raios ultravioleta (UV) recreacional, cultural diminuição do uso de chapéus, sombrinhas e roupas que cobrem mais o corpo, valorização do bronzeamento de pele, exposição solar sem uso de protetor, hábito de bronzeamento artificial e aumento da incidência dos raios UV por diminuição da camada de ozônio. Relataram que a consciência da gravidade sanitária do câncer de pele é pequena entre profissionais da área da saúde em diversas partes do mundo e que por isso, são necessárias atividades educacionais para profissionais envolvidos com atenção básica à saúde ou inclusão dos profissionais de Enfermagem nos processos de suspeição e encaminhamento dos casos suspeitos.

Soares et al. (2001) estudando a incidência de tumores malignos palpebrais no Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre, RS, Brasil, em análise retrospectiva de 54 neoplasias, referiram como já citado por outros autores, que em países tropicais como o nosso, há elevada incidência de lesões por exposição solar. Citaram ainda que o tumor mais encontrado foi CBC (72,34%) e este tumor apresentou recidivas locais nos casos de excisão incompleta e 0,1% de metástases.

Mantese et al. (2006) pesquisando CBC em Uberlândia, MG, Brasil, evidenciou maior frequência de CBC em brancos, predominância na área urbana,

com a ressalva de que muitos pacientes moraram ou trabalharam em zona rural em alguma etapa de suas vidas, 90,3% dos pacientes relataram exposição solar no trabalho, 43,7% das mulheres relataram ausência de proteção solar nas atividades do lar e 68,1% dos sujeitos estavam expostos à radiação UV de forma prolongada e repetidas vezes.

Motivado pela necessidade de conhecer o comportamento clínico e histopatológico de CBC em Recife, PE, Brasil, Bandeira et al. (2003) estudaram 704 casos com este diagnóstico histopatológico entre 1991 e 1996, de um laboratório de dermatopatologia, concluíram que os CBC têm frequência elevada, irregular, com predominância em idosos e discreta predominância no sexo feminino, que morar em orla marítima de países tropicais é dado significativo para maior ocorrência destes tumores, que a sua evolução é lenta e o tamanho independe do tempo de evolução e que as suas localizações preferenciais foram a cabeça e os membros superiores.

Durante o período de 1998 a 2001 na Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, foram estudados por Ishi et al. (2004), 23 casos de CBC recidivados. Estes autores relatam como fatores predisponentes a radiação ultravioleta, predisposição genética, exposição à carcinógenos e fatores imunológicos. Ressaltam a importância da confirmação das margens cirúrgicas e afirmam que margens cirúrgicas comprometidas não são sinônimas de recidiva, pois resquícios de tumor podem ser destruídos por reação inflamatória local, seguida de reparação tecidual.

Salomon et al. (2004) estudaram 304 pacientes com CBC, 55 destes casos localizados nas pálpebras, no Departamento de Dermatologia e Venereologia da University of Medicine, Wroclaw, Polônia e encontraram que os CBC na pálpebra constituem 19,7% dos tumores de cabeça e pescoço e 16,6% do total deste tipo de neoplasia. Observaram que a localização palpebral foi a segunda mais freqüente em seus pacientes.

Avaliando a utilidade da biópsia incisional na classificação de CBC de pele, em análise retrospectiva de 70 casos, Messina, Valente e Castro (2006) nos informa que CBC é a neoplasia maligna mais comum em indivíduos da raça branca e que

55% das lesões necessitaram de reconstrução cirúrgica complexa do tipo retalho ou enxerto. Considerando o tipo histológico predominante na biópsia e na peça cirúrgica houve concordância em 78,3%. Quando se leva em conta, além do tipo histológico principal também o acessório, a concordância chega a 87% e quando se classifica o CBC como agressivo e não agressivo, a concordância chega a 92,7%, mesmo assim ressaltam que ainda é indispensável à correlação anatomoclínica.

Nasser (2005) em seu estudo em Blumenau verificou aumento importante da morbidade de CBC de pele que em 1980 era de 51,5 casos /100.000hab. e em 1999 chegou aos 225 casos/100.000hab., tendo o autor atribuído esta diferença ao aumento de número de diagnósticos realizados no município, pela grande intensidade da radiação solar e pelo hábito de se expor ao sol. Ressaltaram ainda que a morbidade dos carcinomas basocelulares da pele vêm aumentando no mundo.

Analisando retrospectivamente 68 casos de tumores operados no Banco de Olhos de Porto Alegre entre junho de 2004 e setembro de 2005, Grupenmacher et al. (2006) observaram maior incidência de CBC (57%) entre os tipos histológicos malignos. Descreveram que na literatura observa-se entre as lesões malignas, nesta ordem: carcinoma basocelular, seguido de carcinoma de células escamosas e melanoma, sendo de aparecimento mais raro o carcinoma de células sebáceas.

Em um relato de caso descrito por Honavar et al. (2001), sobre portador de carcinoma de glândulas sebáceas (Ca sebáceo), descreveram que este câncer representa de 1% a 6% das neoplasias malignas palpebrais, que pode simular calázio ou blefaroconjuntivite crônica. Inflamação tarsoconjuntival é descrita como comum em pacientes com Ca sebáceo. Concluíram que deve ser feito um cuidadoso seguimento no local do tumor primário excisado e todo paciente com assimetria palpebral inexplicada, blefaroconjuntivite crônica ou hipertrofia papilar conjuntival deveria realizar biópsia para descartar esta condição, inclusive em pacientes jovens.

Esmaeli (2008) analisou recorrência local, linfonodo regional, metástase à distância e sobrevida após preservação do globo ocular em casos de melanomas palpebrais e conjuntivais, diagnosticados em um serviço de Oftalmologia, entre junho de 2003 e junho de 2007. De 58 casos, 57 tiveram preservação de globo ocular com

reconstrução da superfície ocular ou pálpebra, 07 pacientes fizeram quimioterapia tópica pós-cirúrgica, 12 fizeram radioterapia pós-cirúrgica. Oito pacientes (14%) tiveram recorrência local, 01 paciente (1,7%) foi submetido à exenteração orbital devido à recorrência conjuntival, 09 (16%) tiveram metástases em linfonodos regionais, 08 (14%) tiveram metástases à distância. Após seguimento médio de 25 meses, ao último contato, 51 (87,9%) estavam curados e 07 (12,1%) tinham morrido devido à doença.

2.4 Lesões Conjuntivais

2.4.1 Lesões Conjuntivais Benignas

Bessa, Potting e Bonfim (1997) observando 67 casos de lesões conjuntivais no Centro de Estudos e Pesquisas Oculistas Associados (CEPOA), Hospital Geral de Ipanema e Hospital São Vicente de Paulo no Rio de Janeiro, RJ, Brasil no período de 05 anos (1991-1996), relataram que os tumores de conjuntiva não são muito freqüentes, mas chamam a atenção do oftalmologista para o exame de rotina, levando à detecção precoce. Relatam ainda que o exame histopatológico define o diagnóstico.

Amoli e Heidari (2006) em sua série de casos do Farabi Eye Hospital, Tehran, Iran, detectaram que lesões conjuntivais benignas representam um grande grupo com 58,4% do total.

Shields e Shields (2004) em sua revisão sobre tumores de conjuntiva e córnea descreveram que a observação clínica é a conduta de escolha para lesões benignas e assintomáticas da conjuntiva, citando como exemplos que podem ser observados sem intervenção terapêutica, a pinguécula, o dermolipoma e o nevo. Sugerem controle fotográfico e exame semestral ou anual para evidenciar

crescimento, alterações malignas ou efeitos secundários diretos sobre os tecidos. Já biópsia excisional pode ser usada para tumores pequenos (menores que 4h do relógio para tumores límbicos ou 15 mm de diâmetro) sintomáticos, benignos ou suspeitos de malignidade.

Em estudo comparativo de método citológico e histopatológico no diagnóstico de lesões de conjuntiva, Lima et al. (2005) ressaltaram a função dupla diagnóstica e terapêutica da biópsia excisional para obtenção de material para análise de lesões conjuntivais. Destacaram ainda a citologia esfoliativa como tendo significativa importância na diferenciação de lesões tumorais benignas e malignas, técnica facilitada pelo acesso direto aos tecidos da córnea e conjuntiva.

Um estudo retrospectivo de 81 lesões conjuntivais benignas elaborado por Rodrigues et al. (2000), demonstrou que o nevo melânico foi a lesão benigna mais freqüente com 60,49% dos casos. Compararam seu estudo com outros que tiveram como lesão mais freqüente o pterígio, mas esta diferença teria ocorrido, pois em seu estudo, consideraram o pterígio como pseudoneoplásico e o mesmo teria sido excluído da análise. Discutem o fato dos levantamentos a respeito de lesões conjuntivais serem escassos e de difícil comparação por não se adotar uma classificação homogênea.

Estudando nevo conjuntival, Levecq, Potter e Jamart (2009) em sua série de 255 casos, mostraram nesta lesão benigna que 75 pacientes (29%) tiveram indicação cirúrgica, em 13 casos decidida pelo cirurgião (17%) e em 62 casos pelo paciente (83%). A indicação cirúrgica por suspeita de malignidade ocorreu em 10 casos (13%).

O pterígio foi estudado na região de Botucatu, São Paulo, Brasil por Schellini et al. (2005) tendo sido identificado pterígio primário em 77,08% dos pacientes, 55,28% eram mulheres, a maioria dos pacientes tinha acima de 40 anos e na maioria dos indivíduos (68,51%) não houve associação entre a presença da lesão e a atividade laboral com exposição solar, mas os autores discutem que em outros estudos fica evidenciada esta relação, talvez a caracterização deste aspecto possa ter sido prejudicada pela excessiva mudança de ocupação que ocorreu naquela

casuística, não havendo como ser mensurada a exposição à radiação UV que os indivíduos possam ter sido submetidos no decorrer de sua vida.

Alves e Victor (2005) em seu artigo de revisão sobre o tratamento do pterígio relataram fortes evidências de que a exposição UV é importante para o aparecimento daquela lesão.

Keizer e Wolff-Rouendaal (2003) em relatos de casos na Holanda, nos informaram que existe uma ampla variedade de escolha no tratamento de papiloma conjuntival e mesmo assim estes recorrem com freqüência. Informaram também que o vírus HPV esteve presente em 92% dos casos de papiloma da conjuntiva.

O vírus HPV também é descrito no trabalho de Tornesello et al. (2006) como tendo sido detectado em biópsias de casos de neoplasias conjuntivais em diferentes estágios de malignidade. Concluíram neste estudo na Uganda, região sub-saariana, que HPV cutâneo não foi detectado, HPV mucosotrópico foi raramente encontrado e HPV relacionado ao vírus Epstein-Barr foi freqüentemente encontrado em neoplasia conjuntival de baixo grau em pacientes HIV-positivos e menos comumente em CEC. Deste modo, concluíram que o DNA do HPV encontrado em lesões conjuntivais deve ser meramente um passageiro.

Em um relato de caso da UNICAMP na cidade de Campinas, São Paulo, Brasil, feito por Schellini et al. (1997) estudando também queratoacantoma conjuntival, relatam dificuldades no diagnóstico diferencial com CEC, afirmam que queratoacantoma é relativamente comum na pele e pode raramente acometer mucosas.

Perdigão et al. (2004) descreveram o queratoacantoma como uma neoplasia epitelial de células escamosas que têm como característica o crescimento rápido de um nódulo queratótico não doloroso. Sabe-se que regride sem tratamento, porém os tumores são geralmente retirados cirurgicamente devido à dificuldade de diferenciação diagnóstica com CEC bem diferenciado e devido ao risco de malignização.

Shields et al. (2008) estudando melanose primária adquirida (PAM) descreveram-na como lesão benigna, mas que pode evoluir para melanoma. Na prática oncológica ocular, PAM compreende 11% dos tumores conjuntivais e 21%

das lesões melanocíticas. PAM da conjuntiva tem sido geralmente considerada uma doença unilateral.

2.4.2 Lesões Conjuntivais Pré-malignas

Neoplasia escamosa da superfície ocular (OSSN) abrange desde a neoplasia intraepitelial escamosa ou carcinoma intraepitelial conjuntival (NIC) até o carcinoma de células escamosas invasivo também chamado carcinoma espinocelular (CEC) (KANE, 2007). O mesmo autor relata que estas duas lesões são difíceis de serem identificadas clinicamente.

Já Whittaker et al. (2002) em seu relato de caso e revisão de literatura também estudando OSSN refere que a mesma é uma malignidade incomum com incidência de 0,13 a 2,8 por 100.000 habitantes dependendo da localização geográfica. Relatam ainda que o principal mecanismo responsável por seu aparecimento é o dano actínico, tendo também sido implicados a causa viral e irritação conjuntival crônica.

Akpek et al. (1999) comentaram sobre a síndrome mascarada, ou seja, a OSSN simulando blefaroconjuntivite crônica, o que acaba criando dificuldades no diagnóstico da mesma.

Hirst (2007) descreveu formas de tratamento de OSSN, incluindo cirurgia, radioterapia e colírios.

Nemet, Sharma e Bengner (2006) relataram como tratamento de OSSN a cirurgia, a crioterapia, o colírio de mitomicina C (MMC) e, nos casos não responsivos a estes últimos, o colírio de interferon alpha 2- β e concluem que este último tratamento pode reduzir a morbidade, reduzindo a necessidade da repetição de outros tratamentos e também pode ser considerado como terapia inicial para estas lesões, podendo evitar complicações ligadas com outras formas de tratamento.

Huerta et al. (2006) também descreveram o interferon alpha 2- β tópico como efetivo em várias malignidades epiteliais oculares e relataram ainda que este

tratamento pode ser curativo em casos de NIC selecionados e pode ter sucesso em casos recorrentes. Descreveram também a injeção subconjuntival como coadjuvante ao tratamento tópico, depois de biópsia excisional.

Huerta, Sanchez e Mangués (2007) em outro artigo no ano seguinte também defenderam o uso do colírio de interferon α 2- β no tratamento de NIC residual nos casos não responsivos à cirurgia, crioterapia e MMC tópica e ainda nos casos onde a cirurgia não é possível.

Abraham et al. (2006) citam largo uso de MMC tópica como tratamento de várias malignidades conjuntivais.

Em um estudo no sul da Austrália sobre complicações ligadas ao uso de MMC na OSSN, Khong e Muecke (2006) citam este quimioterápico na forma tópica como tratamento de NIC, PAM com atipia, melanoma conjuntival e disseminação pagetóide de Ca sebáceo e concluem que as complicações mais percebidas foram reação alérgica e estenose de pontos lacrimais, não tendo sido observadas complicações severas, sugerindo segurança no uso deste colírio.

Yamamoto et al. (2002) mostram nas conclusões de seu estudo que o colírio de 5-Fluoracil (5-FU) pode ser uma opção para o tratamento de pacientes com NIC resistente ao tratamento com MMC.

Sobre a neoplasia intraepitelial conjuntival (NIC), Santos, Barbosa e Souza (2004) relataram que NIC substitui hoje nomenclaturas anteriormente utilizadas como epitelioma intra-epitelial, displasia, carcinoma *in situ* e intra-epitelioma.

Kiire e Dhillon (2006) em revisão de literatura encontraram como principais causas e associações com NIC a exposição solar e distância ao Equador, a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), o aumento de expressão de p53 e a soropositividade para HIV.

Aoki et al. (1998) citam NIC como tumor conjuntival comum em indivíduos idosos.

Melanose primária adquirida (PAM) habitualmente tem curso benigno, porém PAM com atipias é descrito por Sugiura et al. (2007) como sendo precursora de 36% a 75% de melanomas conjuntivais.

Oliveira et al. (2009) descreve que a citologia de impressão é uma ótima técnica para avaliação da superfície ocular e pode ser utilizada na avaliação de suspeitas de malignidades. Relatam que alguns nevos e o PAM podem apresentar lesões precursoras de melanoma da superfície ocular, e que cerca de 75% dos melanomas conjuntivais derivam das melanoses com atipia, consideradas lesões pré-malignas.

2.4.3 Lesões Conjuntivais Malignas

Yang e Foster (1997) em sua revisão sobre CEC relataram que distinguir CEC de displasia ou NIC pode ser difícil. CEC pode crescer, embora raramente, do epitélio de pinguécua e pterígio. Exposição ultravioleta (radiação solar) tem sido considerada fator predisponente, papilomavírus humano (HPV) também está implicado na patogênese da doença e observa-se uma associação com xeroderma pigmentoso. Excisão cirúrgica com margem de 2 a 3 mm é o tratamento mais apropriado.

Em sua revisão bibliográfica realizada no Instituto Penido Burnier (IPB) de Campinas, SP, Brasil, os pesquisadores Lopes e Gallo (2008) ressaltaram que CEC é o tumor maligno mais freqüente da conjuntiva com aproximadamente 20% das lesões, já as lesões melanocíticas são raras e potencialmente fatais, acometendo 2% das neoplasias malignas oculares, representada principalmente pelo melanoma de conjuntiva, que pode se apresentar como lesão pigmentada ou amelanótica, podendo ser confundido, principalmente no caso desta última, com CEC. Relataram ainda que carcinoma de glândulas sebáceas corresponde a 5% das neoplasias malignas de pálpebra e pode ser confundido com calázio ou blefaroconjuntivite crônica e por último o carcinoma mucoepidermóide que é neoplasia muito rara, e clinicamente assemelha-se a uma forma mais agressiva de CEC, mais invasivo e de crescimento acelerado.

Schellini et al. (2005), em estudo sobre lesões epiteliais malignas conjuntivais em Botucatu, São Paulo, Brasil, observaram que na análise histológica foi detectado 86,5% de CEC e 13,5% de carcinoma *in situ*.

Em série de casos descrita por McKeivie et al. (2002), estes autores referem que CEC é uma doença incomum na população em geral com incidência variando de 0,02 a 3,5 casos/100.000hab., dependendo da localização geográfica. Consideraram a citologia de impressão como método útil para a confirmação diagnóstica de OSSN, especialmente em casos recorrentes nos quais esteja se considerando a terapia tópica com MMC. Descrevem a apresentação clínica como uma massa na maioria dos pacientes, sendo que alguns apresentaram irritação, hiperemia ocular ou redução da visão.

Realizando trabalho experimental cirúrgico em relação ao uso de membrana amniótica no tratamento de CEC para reconstituição da superfície ocular, Carvalho-Rêgo et al. (2008) relataram que CEC tem maior incidência em idosos e pessoas expostas ao sol, que o tratamento clássico preconizado é a excisão cirúrgica associada à crioterapia e através da experimentação concluem que membrana amniótica pode ser usada como enxerto alternativo ao uso da conjuntiva autóloga, pois encontraram 71,4% de sucesso total nesta técnica e outros 28,6% tiveram sucesso parcial.

Ballalai et al. (2003) avaliando o uso de MMC tópica no tratamento de NIC e CEC, sugerem que a mesma seria opção segura e eficaz como tratamento único de NIC primário ou recidivada e no tratamento de CEC recidivado, porém não evitando a cirurgia neste último tipo de neoplasia.

Finger (2006) também analisando MMC tópica observou que é difícil determinar se terapia com MMC ou outros tratamentos tópicos podem ter sido causa de deficiência de células límbicas, inflamação, atipia celular, catarata ou cicatrização córneo-conjuntival. Descreveu também largo uso de MMC tópica no tratamento de neoplasias de córnea e conjuntiva, sem evidências de perda do olho ou outros efeitos colaterais mais drásticos.

Avaliando fatores prognósticos para melanoma conjuntival, Anastassiou et al. (2002) relataram em estudo retrospectivo desenvolvido na Alemanha, melanoma

de conjuntiva como uma rara condição maligna em humanos. Quando se diagnostica a doença disseminada, o prognóstico é ruim e a sobrevida é de 70% em 10 anos de evolução. Referiram alta taxa de recorrência da doença como um dos principais problemas no manejo clínico. Relatam que excisão cirúrgica é possível na maioria dos casos, mas freqüentemente a lesão não é totalmente removida, às vezes por ampla extensão da lesão ou localização inconveniente do tumor.

Analisando a braquiterapia para melanoma, Stannard et al. (2000) discutem que Iodine-125 através da braquiterapia é alternativa razoável às largas excisões cirúrgicas ou exenteração para casos de melanoma de conjuntiva palpebral e pálebra, resultando em controle local, manutenção da visão e morbidade aceitável.

Choi et al. (2005) analisando registros médicos de 15 pacientes em Seul, Coréia do Sul, relatam melanoma conjuntival como condição extremamente rara, mas fatal e que tem relação direta com áreas de pele expostas ao sol. Pode desenvolver-se “*de novo*” ou a partir de nevo ou PAM pré-existente. Referiram a ressecção cirúrgica como tratamento de escolha para estes tumores.

Analisando melanoma conjuntival em brancos, Tuomaala et al. (2002) indicaram cirurgia com crioterapia associada e MMC tópica adjuvante para o tratamento destes tumores, argumentaram que há poucas evidências de que a exenteração, tratamento de escolha utilizado em outras décadas, ainda apresente benefícios e, por fim, perceberam que a incidência de melanoma conjuntival em brancos da Finlândia aumenta concomitantemente com a taxa de melanoma cutâneo. Tumores não límbicos recorreram com mais freqüência e estão mais associados com diminuição de sobrevida e a recorrência local contribui no aumento de mortalidade.

Vieira et al. (2000) em relato de caso da Clínica de Olhos da Santa Casa de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, argumentaram que a história natural em relação à recorrência de melanoma conjuntival ainda não está bem esclarecida, pois existe muita variação na evolução de um caso para outro. Preconizaram como tratamento a excisão cirúrgica associada à crioterapia ou laser, exenteração reservada para grandes tumores disseminados e quimioterapia para doença metastática.

Shields et al. (2000) em seu estudo com 150 casos de melanoma conjuntival concluíram que esta neoplasia é potencialmente mortal, detectaram 26% de metástases e 13% de mortes em 10 anos. Com relação à cirurgia é sugerida a técnica “*no touch*” para excisão de tumores, com associação de epiteliectomia com álcool nos casos necessários e crioterapia da conjuntiva remanescente.

Desjardins et al. (1999) em seu estudo em Paris, França, com 38 pacientes com melanoma conjuntival, estudaram os fatores prognósticos e concluíram que este é um tumor que recorre com freqüência, metástase não são infreqüentes e o seguimento destes casos deve ser prolongado.

Analisando lesões linfoproliferativas de anexos oculares em Seul, Coréia do Sul, Yoon et al. (2007) descreveram proptose como principal sintoma e uma massa da cor salmão em localização subconjuntival nos casos de linfomas da conjuntiva. Concluíram que estas lesões ocorrem em pessoas relativamente jovens, mais comumente em órbita e o subtipo MALT foi o mais encontrado.

No Japão, um estudo clinicopatológico e imunogenético de linfomas da conjuntiva, elaborado por Suzuki et al. (1999) descreveram que estas lesões mostraram morfologia ambígua ou atípica e concluíram que estas lesões usualmente têm características dos linfomas MALT.

Cockerham e Jakobiec (1997) descreveram linfomas de anexos oculares perfazendo 10% de tumores orbitais e de 2% a 28% de todos os linfomas extranodais.

Outro tumor maligno muito raro em conjuntiva é o rabdomyossarcoma que tem somente 12% de apresentação nesta localização e 3% nas pálpebras. Rabdomyossarcoma de um modo geral é o sarcoma de tecidos moles mais comum na infância e corresponde a 5% dos cânceres em crianças. O tumor primário pode originar-se na órbita, conjuntiva, pálpebra ou dentro do globo, apresenta-se clinicamente como proptose, deslocamento do globo ou edema palpebral. A exenteração orbital é necessária em 6% dos casos e o prognóstico é favorável com 90% de sobrevida.

Pouco se encontra na literatura sobre metástases oculares de tumores sistêmicos. Pompeu et al. (2005) descreveram dois casos de metástases oculares

de carcinoma de células renais e consideraram que das neoplasias metastáticas do olho, somente uma minoria é devido a este carcinoma e concluíram que o tratamento da metástase ocorre somente por razões estéticas ou funcionais.

Em alguns casos nestes tumores malignos é indicada a quimioterapia e Chaves, Gomes e Höfling-Lima (2007) destacaram que esta tem aumentado a sobrevida em neoplasias diversas e observaram mucosite e ceratoconjuntivite seca como efeitos adversos freqüentes e limitantes desta terapia.

Diante do exposto, podemos verificar que o assunto é extenso, não é explorado em nossa região e por isso, desenvolvemos este trabalho com o intuito de produzir informações sobre estas lesões palpebrais e conjuntivais em Mato Grosso do Sul.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Correlacionar o diagnóstico clínico de lesões palpebrais e conjuntivais com o respectivo diagnóstico anatomopatológico de peças cirúrgicas no período de 30/11/2007 a 19/12/2009.

3.2 Específicos

Verificar a frequência relativa do diagnóstico anatomopatológico das lesões palpebrais e conjuntivais do universo em estudo.

Verificar a relação entre margens cirúrgicas e diagnósticos clínicos quanto à malignidade das lesões palpebrais e conjuntivais.

Verificar as especialidades médicas que tiveram maior porcentagem de acerto e erros diagnósticos para lesões palpebrais e conjuntivais.

Verificar a acurácia dos diagnósticos clínicos das lesões palpebrais e conjuntivais efetuados pelos médicos cirurgiões.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva quanto aos objetivos, documental no que se refere aos procedimentos de coleta e fontes de informação e quantitativa relacionada à natureza dos dados.

A pesquisa foi transversal e retrospectiva com dados coletados no período de novembro de 2007 a dezembro de 2009.

4.2 Procedimentos de Pesquisa

Foram utilizados dados secundários a partir de formulários de solicitação dos exames anatomopatológicos e os respectivos resultados dos exames anatomopatológicos de peças cirúrgicas provenientes de serviços de saúde públicos e privados de Campo Grande, MS, Brasil.

Os formulários analisados são relativos à pacientes operados em hospitais e clínicas de Campo Grande – MS, cujos cirurgiões enviaram suas solicitações de exames histopatológicos ao Laboratório de Anatomia Patológica e Citopatologia (LAC) da mesma cidade, laboratório de referência em patologia ocular.

Existem nos serviços de saúde formulários de solicitação de anatomopatológico que são preenchidos pelos cirurgiões no ato do envio da peça cirúrgica com a hipótese diagnóstica clínica, o que facilitou a coleta de dados no LAC.

Nos casos estudados, as peças cirúrgicas foram provenientes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), da Sociedade Beneficente de Campo Grande (Santa Casa), do Hospital São Julião, estes últimos

grandes hospitais públicos de Campo Grande, MS, Brasil e ainda de outros serviços de saúde privados do mesmo município.

O pesquisador coletou no LAC as informações necessárias para a pesquisa por meio de um instrumento de coleta de dados para cada conjunto de solicitação e resultado de exame, conforme formulário contido no apêndice A.

Os dados coletados foram tabulados em planilhas Excel (apêndice F e apêndice G) e, a partir da análise destas planilhas, foi feita a correlação dos diagnósticos clínicos contidos nas solicitações com os diagnósticos anatomopatológicos e margens cirúrgicas emitidos pelo patologista em seu laudo.

Observamos que, na literatura, grande parte dos autores coloca casos neoplásicos e não neoplásicos incluídos nas frequências de “tumores”, já outros descrevem o termo “lesões”, ambos significando aumento de volume dos tecidos e não somente neoplasias. Optamos pelo termo “lesões” ao invés de “tumores”, porém entendemos que são sinônimas.

Trata-se de um universo de pesquisa, pois foram analisados todos os pedidos de exames anatomopatológicos de pálpebra e conjuntiva e todos os correspondentes resultados dos exames anatomopatológicos realizados no período supracitado por um único patologista especialista em Patologia Ocular do LAC.

Os resultados anatomopatológicos foram considerados como “*gold standard*”, ou seja, o diagnóstico considerado definitivo foi o emitido pelo patologista.

Cabe ressaltar que classificamos os casos de diagnósticos clínicos indeterminados como “não concordantes” e os casos com diagnóstico clínico ausente como “não se aplica” a correlação clínico-anatomopatológica.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa todos os casos de lesões palpebrais e conjuntivais nos quais foi enviada a peça cirúrgica para processamento histológico

no LAC, no período já citado, examinados e laudados por um mesmo patologista, com especialização na área de patologia ocular.

Foram excluídos da pesquisa os casos com mais de um diagnóstico clínico indicado na solicitação do anatomopatológico, aqueles cujo frasco de coleta continha mais de uma peça cirúrgica e ainda os que continham no laudo emitido mais de um diagnóstico anatomopatológico.

4.4 Processamento histológico das peças cirúrgicas

Após excisão cirúrgica, as peças foram imediatamente fixadas em formol a 10% e enviadas ao LAC. O material seguiu o processamento histopatológico convencional conforme metodologia recomendada por Michalany (1998). Após a adequada fixação dos espécimes utilizando formalina a 10%, os materiais passaram por tratamento com álcool e xilol em um processador de tecidos. Cada espécime foi emblocado em parafina em cassetes de plástico com a utilização de moldes de alumínio para a formação do bloco. Após a colocação do espécime no molde este foi preenchido com parafina líquida com a ajuda do dispensador de parafina. O dispensador mantém a parafina derretida e permite a dosagem da quantidade que entra no cassete. Secções de 4µm de espessura foram realizadas em micrótomo rotatório e colocadas no banho histológico para serem “pescadas”, e posteriormente montadas em lâminas e secas a 60⁰C na estufa de secagem por no mínimo 60 minutos para a coloração convencional de Hematoxilina-Eosina.

4.5 Ética

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFMS sob protocolo nº 1417 de 24 de setembro de 2009 (anexo A).

A pesquisa no LAC foi devidamente autorizada por seu diretor geral, mediante ciência e assinatura do termo de compromisso de utilização de banco de dados (apêndice B).

Foi solicitada a Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pois o estudo não utiliza sujeitos de pesquisa, nem material biológico de forma direta (apêndice C).

Não foram mencionadas no estudo quaisquer referências de identificação dos pacientes ou dos médicos cirurgiões. Foi elaborado um termo de compromisso para a utilização dos dados (apêndice D).

Ao final do estudo, o pesquisador se compromete a fornecer retorno da pesquisa na forma de relatório contendo os resultados obtidos para a direção do LAC e dos hospitais envolvidos direta ou indiretamente na mesma, conforme formulário enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (apêndice E).

4.6 Análise estatística

Os resultados foram submetidos à análise descritiva de freqüências e análise estatística utilizando os testes qui-quadrado, Kruskal-Wallis, e qui-quadrado corrigido por Yates.

Na análise descritiva das tabelas que envolvem margens cirúrgicas nos resultados convém ressaltar-se que o “*n*” utilizado foi seletivamente dos casos pré-malignos e malignos, excluindo-se os casos benignos dos anatomopatológicos, pois nestes casos a pesquisa das margens cirúrgicas não é tão importante como nos casos que envolvem malignidade.

5 RESULTADOS

5.1 Resultados de Lesões Palpebrais

5.1.1 Análise descritiva de lesões palpebrais

Estudamos 317 casos de lesões palpebrais, tendo havido 17 exclusões. Foram analisados 300 resultados de diagnósticos anatomopatológicos realizados no LAC, destes encontrou-se uma maior frequência de nevo com 18,0% do total, seguido de calázio, com 15,3% e de hidrocistoma, com 11,3%. A tabela 1 descreve todas as lesões em ordem decrescente.

Tabela 1. Frequências e porcentagens de todas as lesões palpebrais de acordo com os diagnósticos anatomopatológicos.

<i>Lesão palpebral</i>	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
NEVO	54	18.0
CALÁZIO	46	15.3
HIDROCISTOMA	34	11.3
CISTO EPIDÉRMICO	33	11.0
QUERATOSE SEBORRÉICA	26	8.7
PAPILOMA	20	6.7
CBC	17	5.7
QUERATOSE ACTÍNICA	12	4.0
PROCESSO INFLAMATÓRIO CRÔNICO	7	2.3
XANTELASMA	7	2.3
VERRUGA VULGAR	6	2.0
GRANULOMA	5	1.7
CARCINOMA METATÍPICO	4	1.3
CARCINOMA SEBÁCEO	4	1.3
MELANOSE	4	1.3
ECTASIA VASCULAR	2	0.7
HEMANGIOMA CAPILAR	2	0.7
ACANTOSE	1	0.3
ADENOMA APÓCRINO	1	0.3
ADENOMA SEBÁCEO	1	0.3
CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE	1	0.3
CEC	1	0.3
CISTO ZEISS	1	0.3
ECTOPIA DE GLÂNDULA LACRIMAL	1	0.3
HEMANGIOMA CAVERNOSO	1	0.3
LIPOMA	1	0.3
MIXOMA	1	0.3
NEUROMA	1	0.3
PILOMATRIXOMA	1	0.3
QUELÓIDE	1	0.3
SIRINGOMA	1	0.3
TECIDO ADIPOSEO E MUSCULAR SEM ATIPIAS	1	0.3
TRICOADENOMA	1	0.3
TRICOEPITELIOMA	1	0.3
Total	300	100.0

Dentre todas as lesões de pálpebra, foram diagnosticadas 261 benignas (87,0%), 27 malignas (9,0%) e 12 pré-malignas (4,0%). A tabela a seguir seleciona todas as lesões de pálpebra benignas diagnosticadas no período estudado.

Tabela 2. Freqüências e porcentagens de todas as lesões palpebrais benignas de acordo com os diagnósticos anatomopatológicos.

<i>Lesões palpebrais benignas</i>	<i>Freqüência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
NEVO	54	20,7
CALÁZIO	46	17,6
HIDROCISTOMA	34	13,0
CISTO EPIDÉRMICO	33	12,6
QUERATOSE SEBORRÉICA	26	10,0
PAPILOMA	20	7,7
PROCESSO INFLAMATÓRIO	7	2,7
XANTELASMA	7	2,7
VERRUGA	6	2,3
GRANULOMA	5	1,9
MELANOSE	4	1,5
HEMANGIOMA	3	1,1
ECTASIA	2	0,8
ACANTOSE	1	0,4
ADENOMA APÓCRINO	1	0,4
ADENOMA SEBÁCEO	1	0,4
CISTO ZEISS	1	0,4
ECTOPIA GLÂNDULA LACRIMAL	1	0,4
LIPOMA	1	0,4
MIXOMA	1	0,4
NEUROMA	1	0,4
PILOMATRIXOMA	1	0,4
QUELÓIDE	1	0,4
SIRINGOMA	1	0,4
TECIDO ADIPOSO	1	0,4
TRICOADENOMA	1	0,4
TRICOEPIELIOMA	1	0,4
Total	261	100,0

As lesões pré-malignas foram 12 casos de queratose actínica, sendo este o único tipo de pré-maligna encontrada, constituindo 4,0% das lesões palpebrais totais.

As lesões malignas apresentaram um total de 27 casos com maior ocorrência de carcinomas basocelulares (CBC) com freqüência de 63% do total, seguidos de carcinomas metatípicos e carcinomas sebáceos, estes apresentando taxa alta no presente trabalho com 14,8% cada. Registramos ainda um caso de carcinoma mucoepidermóide e um caso de CEC.

Tabela 3. Freqüências e porcentagens de lesões palpebrais malignas de acordo com os diagnósticos anatomopatológicos:

<i>Lesões palpebrais malignas</i>	<i>Freqüência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
CBC	17	63,0
CA METATÍPICO	4	14,8
CA SEBÁCEO	4	14,8
CA MUCOEPIDERMÓIDE	1	3,7
CEC	1	3,7
Total	27	100,0

Os diagnósticos anatomopatológicos foram classificados em lesões neoplásicas e lesões não neoplásicas, as primeiras encontradas com maior frequência (229 casos analisados).

Tabela 4. Frequências e porcentagens de lesões palpebrais neoplásicas e não-neoplásicas de acordo com os diagnósticos anatomopatológicos:

<i>Lesões Palpebrais (Diagnóstico anatomopatológico)</i>	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
LESÃO NEOPLÁSICA	229	76.3
LESÃO NÃO NEOPLÁSICA	71	23.7
Total	300	100.0

Os diagnósticos clínicos analisados no presente trabalho foram classificados em indeterminados, ausentes, benignos e malignos, no grupo de indeterminados foram inseridos os diagnósticos inespecíficos, como lesões de pálpebra, cistos de pálpebra ou tumores de pálpebra, com 59,3% do total. Os demais diagnósticos específicos encontrados foram 30,0% benignos e 2,3% malignos, conforme a tabela 5 a seguir.

Tabela 5. Frequências e porcentagens dos diagnósticos clínicos de lesões palpebrais.

<i>Lesões palpebrais (Diagnóstico clínico)</i>	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
INDETERMINADO	178	59,3
BENIGNO	90	30,0
AUSENTE	25	8,3
MALIGNO	7	2,3
Total	300	100,0

Da tabela 6 verificamos que das lesões palpebrais neoplásicas, 150 (65,5%) tiveram diagnóstico indeterminado, 54 (23,6%) tinham sido diagnosticadas como benignas, 19 (8,3%) não tiveram diagnóstico clínico e 6 casos (2,6%) receberam diagnóstico de malignas. Das lesões não neoplásicas, 36 (50,7%) tiveram diagnóstico clínico de benignas, 28 (39,4%) indeterminadas, 6 (8,5%) ausente e 1 (1,4%) de maligna.

Tabela 6. Freqüência e porcentagem da correlação entre tipos de lesões palpebrais e diagnóstico clínico.

Lesões palpebrais		Diagnóstico clínico				Total	
		A	B	I	M		
Tipo de lesão	Neoplásica	Freqüência (N)	19	54	150	6	229
		% dentro de Neoplásica	8,3%	23,6%	65,5%	2,6%	100,0%
	Não Neoplásica	Freqüência (N)	6	36	28	1	71
		% dentro de Não Neoplásica	8,5%	50,7%	39,4%	1,4%	100,0%

A= Ausente; B= Benigno; I= Indeterminado; M= Maligno

Quando analisada a concordância quanto ao tipo histológico entre diagnóstico clínico e anatomopatológico das lesões palpebrais, encontrou-se uma discordância de 68,0% dos casos analisados, 23,7% de concordância entre tipos histológicos e 8,3% de casos onde não foram colocados diagnósticos clínicos, não sendo possível análise de concordância.

Tabela 7. Freqüências e porcentagens de concordância entre diagnósticos clínicos e anatomopatológicos de lesões palpebrais quanto ao tipo histológico.

Lesões palpebrais – DCxDAP (tipo histológico)	Freqüência (N)	Porcentagem (%)
NÃO	204	68,0
SIM	71	23,7
NÃO SE APLICA	25	8,3
Total	300	100,0

DC=diagnóstico clínico; DAP=diagnóstico anatomopatológico

Ao ser analisada a porcentagem de concordância quanto à benignidade ou malignidade entre diagnóstico clínico e anatomopatológico, encontrou-se 184 casos discordantes (61,4%), 91 casos (30,3%) onde houve concordância entre a hipótese diagnóstica e o diagnóstico anatomopatológico e onde não havia hipótese diagnóstica encontrou-se 25 casos (8,3%).

Tabela 8. Freqüências e porcentagens da concordância entre diagnósticos clínicos e anatomopatológicos de lesões palpebrais quanto à malignidade.

Lesões palpebrais - DCxDAP (malignidade)	Freqüência (N)	Porcentagem (%)
NÃO	184	61,4
SIM	91	30,3
NÃO SE APLICA	25	8,3
Total	300	100,0

DC=diagnóstico clínico; DAP=diagnóstico anatomopatológico

Ao analisar os diagnósticos anatomopatológicos com resultados benignos (261 casos), encontrou-se 58,6% deste total com diagnósticos clínicos indeterminados, 32,6% benignos, 8,4% ausentes e 0,4% malignos.

Já os resultados anatomopatológicos malignos (27 casos) tiveram 55,6% de diagnósticos clínicos indeterminados, 22,2% malignos, 14,8% benignos e 7,4% ausentes. Quanto aos 12 diagnósticos anatomopatológicos pré-malignos encontrou-se 83,3% de diagnósticos clínicos indeterminados, 8,3% benignos, 8,3% ausentes e nenhum caso maligno.

A relação entre diagnóstico anatomopatológico e clínico das lesões palpebrais está descritas na tabela abaixo:

Tabela 9. Frequências e porcentagens em lesões palpebrais da correlação entre diagnósticos anatomopatológicos e diagnósticos clínicos quanto à malignidade.

<i>Lesões palpebrais</i>			<i>Diagnóstico clínico</i>				Total
			A	B	I	M	
Diagnóstico anatomopatológico	B	Frequência (N)	22	85	153	1	261
		% dentro DAP	8,4%	32,6%	58,6%	0,4%	100,0%
		% do Total	7,3%	28,3%	51,0%	0,3%	87,0%
	M	Frequência (N)	2	4	15	6	27
		% dentro DAP	7,4%	14,8%	55,6%	22,2%	100,0%
		% do Total	0,7%	1,3%	5,0%	2,0%	9,0%
PM	Frequência (N)	1	1	10	0	12	
	% dentro DAP	8,3%	8,3%	83,3%	0,0%	100,0%	
	% do Total	0,3%	0,3%	3,3%	0,0%	4,0%	
Total		Frequência (N)	25	90	178	7	300
		% dentro DAP	8,3%	30,0%	59,3%	2,3%	100,0%
		% do Total	8,3%	30,0%	59,3%	2,3%	100,0%

B=benigno; M=maligno; PM=pré-maligno; A=ausente; I=indeterminado.

Para se analisar a acurácia dos diagnósticos de lesões palpebrais, realizou-se a exclusão dos diagnósticos clínicos indeterminados e ausentes e calculou-se a frequência de acertos dos diagnósticos clínicos efetivos e encontrou-se 73,2% de acertos diagnósticos e 26,8% de erros quanto ao tipo histológico (tabela 10). Quanto à malignidade verificou-se 93,8% de acertos diagnósticos e 6,2% de erros (tabela 11).

Tabela 10. Acurácia do diagnóstico clínico quanto ao tipo histológico em lesões palpebrais.

<i>Acurácia diagnóstica – Tipo histológico</i>	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
SIM	71	73,2
NÃO	26	26,8
Total	97	100,0

Tabela 11. Acurácia do diagnóstico clínico quanto à malignidade em lesões palpebrais.

<i>Acurácia diagnóstica – Malignidade</i>	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
SIM	91	93,8
NÃO	06	6,2
Total	97	100,0

Quanto aos diagnósticos anatomopatológicos malignos e pré-malignos, buscou-se verificar o comprometimento de suas margens cirúrgicas. Nos casos malignos, 63,0% destes apresentavam margens cirúrgicas livres e 33,3% comprometidas. Já os casos pré-malignos apresentaram 58,3% do total com margens livres e 33,3% com margens comprometidas, conforme pode ser verificado na tabela 12.

Ainda em relação às margens cirúrgicas das lesões malignas e pré-malignas verificamos que, do total de margens cirúrgicas avaliadas (39 casos), 33,3% eram comprometidas, 61,5% eram livres e 5,1% não eram avaliáveis.

Tabela 12. Frequências e porcentagens em lesões palpebrais malignas e pré-malignas da correlação entre diagnósticos anatomopatológicos e margens cirúrgicas.

<i>Lesões palpebrais</i>			<i>Margens cirúrgicas</i>			<i>Total</i>
			CP	LV	NAV	
<i>malignas e pré-malignas</i>						
<i>Diagnóstico anatomopatológico</i>	M	Frequência (N)	9	17	1	27
		% dentro de DAP	33,3%	63,0%	3,7%	100,0%
		% do Total	23,1%	43,6%	2,6%	69,2%
	PM	Frequência (N)	4	7	1	12
		% dentro de DAP	33,3%	58,3%	8,3%	100,0%
		% do Total	10,3%	17,9%	2,6%	30,8%
Total		Frequência (N)	13	24	2	39
		% dentro de DAP	33,3%	61,5%	5,1%	100,0%
		% do Total	33,3%	61,5%	5,1%	100,0%

M=maligno; PM=pré-maligno; CP= comprometidas; LV=livres; NAV=não avaliáveis.

Pode-se verificar pela tabela 13 que, dos anatomopatológicos com margens livres (24 casos), 18 casos (75,0%) tinham diagnóstico clínico indeterminado, 4 (16,7%) malignos, 1 (4,2%) benigno e 1 ausente (4,2%) e dos anatomopatológicos com margens comprometidas (13 casos), 7 (53,8%) apresentavam diagnóstico clínico indeterminado, 4 (30,8%) benignos, 1 (7,7%) maligno e 1 (7,7%) ausente.

Tabela 13. Frequências e porcentagens em lesões palpebrais malignas e pré-malignas da correlação entre margens cirúrgicas e diagnósticos clínicos quanto à malignidade.

<i>Diagnóstico anatomopatológico</i>		<i>Diagnóstico Clínico</i>				<i>Total</i>	
		A	B	I	M		
Margens cirúrgicas das lesões palpebrais	CP	Frequência (N)	1	4	7	1	13
		% dentro de MARG	7,7%	30,8%	53,8%	7,7%	100,0%
		% do Total	2,6%	10,3%	17,9%	2,6%	33,3%
	LV	Frequência (N)	1	1	18	4	24
		% dentro de MARG	4,2%	4,2%	75,0%	16,7%	100,0%
		% do Total	2,6%	2,6%	46,2%	10,3%	61,5%
	NAV	Frequência (N)	1	0	0	1	2
		% dentro de MARG	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%
		% do Total	2,6%	0,0%	0,0%	2,6%	5,1%
Total	Frequência (N)	3	5	25	6	39	
	% dentro de MARG	7,7%	12,8%	64,1%	15,4%	100,0%	
	% do Total	7,7%	12,8%	64,1%	15,4%	100,0%	

CP= comprometidas; LV=livres; NAV=não avaliáveis; A=ausente; B=benigno; I=indeterminado; M=maligno.

Ao separar os resultados anatomopatológicos das lesões de pálpebras como neoplásicas e não neoplásicas encontrou-se a frequência de 229 lesões neoplásicas e 71 não neoplásicas. As lesões neoplásicas tiveram diagnóstico clínico prévio indeterminado em 65,5% dos casos, 23,6% foram avaliadas como benignas 8,3% não tiveram hipóteses diagnósticas e em 2,6%, os especialistas diagnosticaram clinicamente como sendo malignas.

Tabela 14. Frequências e porcentagens dos diagnósticos clínicos das lesões neoplásicas palpebrais.

<i>Diagnósticos clínicos – Lesões palpebrais neoplásicas</i>	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
INDETERMINADO	150	65,5
BENIGNO	54	23,6
AUSENTE	19	8,3
MALIGNO	6	2,6
Total	229	100,0

Nos resultados anatomopatológicos das lesões de pálpebras não neoplásicas, encontrou-se a frequência de 71 lesões. Destas o diagnóstico clínico foi de 50,7% para benignas, indeterminado em 39,4% dos casos, 8,5% não tiveram hipóteses diagnósticas e 1,4% malignas.

Tabela 15. Frequências e porcentagens dos diagnósticos clínicos das lesões não neoplásicas palpebrais.

<i>Diagnósticos Clínicos – Lesões palpebrais não neoplásicas</i>	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
BENIGNO	36	50,7
INDETERMINADO	28	39,4
AUSENTE	6	8,5
MALIGNO	1	1,4
Total	71	100,0

Todas as solicitações de anatomopatológico em casos de exérese de lesões tanto palpebrais quanto conjuntivais foram feitas por médicos cirurgiões de seis especialidades (Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Dermatologia, Oftalmologia e Oncologia).

Os especialistas que solicitaram as análises anatomopatológicas das lesões palpebrais em sua maioria são oftalmologistas, com 84,7% do total, com menor expressividade foram observadas as especialidades que também realizam procedimentos de excisão de lesões faciais, como cirurgiões plásticos, cirurgiões gerais, dermatologistas, oncologistas e cirurgiões de cabeça e pescoço.

Tabela 16. Frequências e porcentagens dos diagnósticos clínicos por especialidade médica em lesões palpebrais.

<i>Especialidade Médica</i>	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
OFTALMOLOGIA	254	84,7
CIRURGIA PLÁSTICA	20	6,7
CIRURGIA GERAL	10	3,3
DERMATOLOGIA	7	2,3
ONCOLOGIA	5	1,7
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	4	1,3
Total	300	100,0

Os especialistas ao realizarem os diagnósticos clínicos obtiveram maior número de acertos em lesões benignas comuns, principalmente calázios e hidrocistomas. A seguir estão listados, em ordem decrescente, os diagnósticos clínicos que foram concordantes com os diagnósticos anatomopatológicos.

Tabela 17. Frequências e porcentagens dos casos concordantes entre diagnóstico clínico e anatomopatológico de lesões palpebrais quanto ao tipo histológico.

<i>DCxDAP – Tipo histológico</i>	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem do total (%)</i>
CALÁZIO	26	8,67%
HIDROCISTOMA	13	4,33%
NEVO	7	2,33%
XANTELASMA	6	2,00%
CBC	5	1,67%
PAPILOMA	5	1,67%
CISTO EPIDÉRMICO	2	0,67%
QUERATOSE SEBORRÉICA	2	0,67%
CISTO ZEISS	1	0,33%
GRANULOMA	1	0,33%
SIRINGOMA	1	0,33%
TRICOEPITELIOMA	1	0,33%
VERRUGA VULGAR	1	0,33%

DC=diagnóstico clínico; DAP=diagnóstico anatomopatológico.

Verificando a frequência quanto ao sexo dos pacientes que apresentaram lesões palpebrais (tabela 18), observou-se que a porcentagem de pacientes do sexo feminino foi maior do que a do sexo masculino.

Tabela 18. Frequência e porcentagem das lesões palpebrais quanto ao sexo.

<i>Lesões palpebrais (sexo)</i>	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
Feminino	195	65,0
Masculino	105	35,0
Total	300	100,0

5.1.2 Análise estatística de lesões palpebrais

Analisando a tabela 6 sobre a correlação entre o tipo de lesão (neoplásica ou não neoplásica) e o diagnóstico clínico utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson que mostrou que a associação entre as variáveis é muito significativa com p

= 0 (o mesmo acontece com o teste exato de Fisher). Assim pode-se deduzir que quando a lesão é neoplásica, os cirurgiões tendem a classificá-la como indeterminada e, quando se trata de uma não neoplásica, os cirurgiões tendem a classificá-la como benigna.

Ao ser feito o levantamento dos especialistas que realizaram os diagnósticos clínicos dos casos, pode-se observar que houve maior número de oftalmologistas solicitantes com um total de 254 casos e em menor proporção observou-se 20 casos de cirurgiões plásticos, 10 de cirurgiões gerais, 7 de dermatologistas, 5 de oncologistas e 4 de cirurgiões de cabeça e pescoço. No somatório de todas as especialidades o resultado mais encontrado foi o diagnóstico clínico indeterminado (178 casos), seguido de benigno (90 casos) e ausente (25 casos).

Tabela 19. Resultados em frequências e porcentagens dos diagnósticos clínicos em relação à especialidade médica.

<i>Diagnóstico clínico x Especialidade médica</i>	<i>CCP</i> <i>Nº (%)</i>	<i>CGR</i> <i>Nº (%)</i>	<i>DER</i> <i>Nº (%)</i>	<i>OFT</i> <i>Nº (%)</i>	<i>ONC</i> <i>Nº (%)</i>	<i>PLA</i> <i>Nº (%)</i>	<i>Total</i> <i>Nº (%)</i>
INDETERMINADO	2 (50,0%)	7 (70,0%)	1 (14,3%)	147 (57,9%)	3 (60%)	1 (90%)	178 (59,3%)
BENIGNO	0 (0,0%)	0 (0,0%)	85 (85,7%)	81 (31,9%)	2 (40%)	1 (5,0%)	90 (30,0%)
AUSENTE	1 (25,0%)	2 (20,0%)	0 (0,0%)	22 (8,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	25 (8,4%)
MALIGNO	1 (25,0%)	1 (10,0%)	0 (0,0%)	4 (1,6%)	0 (0,0%)	1 (5,0%)	7 (2,3%)
Total	4 (100%)	10 (100%)	7 (100%)	254 (100%)	5 (100%)	20 (100%)	300 (100%)

CCP: Cirurgia de Cabeça e Pescoço; CGR: Cirurgia Geral; DER: Dermatologia; OFT: Oftalmologia; ONC: Oncologia; PLA: Cirurgia Plástica.

Observando se há diferença entre oftalmologistas e não oftalmologistas na colocação do diagnóstico clínico e analisando o número de especialistas solicitantes, como as variâncias são desiguais, não se aplicam testes paramétricos. Optou-se pelo teste Kruskal-Wallis (teste não-paramétrico da variância) e como $p > 0,05$, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os especialistas na colocação dos diagnósticos clínicos.

Avaliando quais os especialistas que mais acertaram diagnósticos clínicos quanto ao tipo histológico (tabela 20), observou-se que os dermatologistas apresentaram maior número de acertos proporcionalmente aos outros especialistas, apresentando uma porcentagem de 85,7% de concordância diagnóstica. Os que apresentaram maior discordância diagnóstica (90,0%) foram os cirurgiões plásticos.

Tabela 20. Comparação em porcentagem entre as especialidades médicas no acerto do diagnóstico clínico em relação ao anatomopatológico quanto ao tipo histológico em lesões palpebrais.

<i>DC x DAP (Tipo histológico) x Especialidade médica</i>	<i>CCP</i>	<i>CGR</i>	<i>DER</i>	<i>OFT</i>	<i>ONC</i>	<i>PLA</i>
NÃO	50.0%	70.0%	14.3%	68.1%	80.0%	90.0%
NÃO SE APLICA	25.0%	20.0%	0.0%	8.3%	0.0%	0.0%
SIM	25.0%	10.0%	85.7%	23.6%	20.0%	10.0%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

DC=diagnóstico clínico; DAP=diagnóstico anatomopatológico; CCP: Cirurgia de Cabeça e Pescoço; CGR: Cirurgia Geral; DER: Dermatologia; OFT: Oftalmologia; ONC: Oncologia; PLA: Cirurgia Plástica.

Aplicando o teste qui-quadrado para a significância dos acertos quanto aos diagnósticos, encontrou-se $p < 0,0001$, verificou-se então que existem diferenças significativas entre as especialidades médicas em acertarem os diagnósticos quanto ao tipo histológico da lesão.

Analisando a concordância quanto à malignidade (tabela 21), observou-se que o especialista que mais acertou foi o dermatologista, com 85,7% e o que menos acertou foi o cirurgião geral e o cirurgião plástico, ambos com 10% de acertos.

Tabela 21. Comparação em porcentagem entre as especialidades médicas no acerto do diagnóstico clínico em relação ao anatomopatológico quanto à malignidade em lesões palpebrais.

<i>DC x DAP – Malignidade/Espec. médica</i>	<i>CCP</i>	<i>CGR</i>	<i>DER</i>	<i>OFT</i>	<i>ONC</i>	<i>PLA</i>
NÃO	50.0%	70.0%	14.3%	60.6%	60.0%	90.0%
NÃO SE APLICA	25.0%	20.0%	0.0%	8.3%	0.0%	0.0%
SIM	25.0%	10.0%	85.7%	31.1%	40.0%	10.0%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

DC=diagnóstico clínico; DAP=diagnóstico anatomopatológico; CCP=Cirurgia de Cabeça e Pescoço; CGR=Cirurgia Geral; DER=Dermatologia; OFT=Oftalmologia; ONC=Oncologia; PLA=Cirurgia Plástica.

Aplicou-se o teste qui-quadrado para analisar a significância dos acertos quanto à malignidade e encontrou-se $p < 0,0001$, então observou-se que existem diferenças significativas entre as especialidades médicas em acertarem os diagnósticos quanto à malignidade.

A análise dos acertos e erros de diagnóstico clínico foi realizada através da tabulação dos especialistas através de códigos alfa-numéricos, com isso verificou-se quais médicos apresentaram maior número de acertos de diagnóstico e maior número de erros (apêndice H).

Aplicando o teste qui-quadrado para avaliar a significância dos acertos do diagnóstico clínico quanto ao tipo histológico em relação a cada médico, encontramos $p < 0,0001$, portanto existem diferenças significativas entre os médicos que acertaram os diagnósticos clínicos quanto ao tipo histológico da lesão. Observa-se que o médico que mais acertou, em relação a todos os diagnósticos, foi o médico F1, um oftalmologista, com 62,0%. Diversos médicos não acertaram nenhum diagnóstico clínico.

Ao aplicar novamente o teste qui-quadrado para avaliar a significância dos erros quanto do diagnóstico clínico quanto ao tipo histológico em relação a cada médico, achou-se $p < 0,0001$ que demonstra que existem diferenças significativas entre os médicos que erraram os diagnósticos clínicos quanto ao tipo da lesão. Observa-se que o médico que mais errou, em relação a todos os diagnósticos, foi o médico D1, um oftalmologista, com 16,1%. Diversos médicos não tiveram nenhum erro diagnóstico.

5.2 Resultados de lesões conjuntivais

5.2.1 Análise descritiva de lesões conjuntivais

Tivemos 145 casos de lesões de conjuntiva, tendo havido 10 exclusões, portanto analisamos 135 resultados de exames anatomopatológicos realizados no LAC, destes foram listadas todas as lesões conjuntivais diagnosticadas e verificou-se uma maior proporção de lesões pré-malignas do tipo histológico NIC (neoplasias intraepiteliais conjuntivais), com 20% do total de lesões, seguidas de nevos (17,0%), pterígios (11,1%) e granulomas (10,4%), estas com tipo histológico benigno. Todas as lesões de conjuntiva elencadas na pesquisa encontram-se descritas na tabela a seguir.

Tabela 22. Freqüências e porcentagens de todas as lesões conjuntivais de acordo com os diagnósticos anatomopatológicos.

<i>Lesões Conjuntivais</i>	<i>Freqüência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CONJUNTIVAL (NIC)	27	20,0
NEVO	23	17,0
PTERÍGIO	15	11,1
GRANULOMA	14	10,4
HIDROCISTOMA	6	4,4
CARCINOMA ESPINOCELULAR (CEC)	5	3,7
HIPERPLASIA EPITELIAL	5	3,7
LIPOMA	5	3,7
PAPILOMA	5	3,7
PTERÍGIO COM DISPLASIA	3	2,2
QUERATOSE ACTÍNICA	3	2,2
CARCINOMA <i>IN SITU</i>	2	1,5
HEMANGIOMA	2	1,5
MELANOMA	2	1,5
MELANOSE	2	1,5
PROCESSO INFLAMATÓRIO CRÔNICO	2	1,5
CISTO EPIDÉRMICO	1	0,7
CONJUNTIVITE	1	0,7
CONJUNTIVITE LENHOSA	1	0,7
DACRIOADENITE	1	0,7
DEPÓSITO AMORFO SUBCONJUNTIVAL	1	0,7
DERMÓIDE	1	0,7
FIBROSE REACIONAL	1	0,7
MELANOSE PRIMÁRIA ADQUIRIDA	1	0,7
METAPLASIA ESCAMOSA	1	0,7
PAPILOMA COM NIC	1	0,7
PROCESSO INFLAMATÓRIO CRÔNICO AGUDIZADO	1	0,7
QUERATOSE SEBORRÉICA	1	0,7
TECIDO COM HEMORRAGIA E FIBRINA	1	0,7
TECIDO FROUXO SEM ATIPIAS	1	0,7
Total	135	100,0

Dentre todas as lesões conjuntivais, foram diagnosticadas 92 benignas (68,1%), 7 lesões malignas (5,2%) e 36 lesões pré-malignas (26,7%).

Após o levantamento de todas as lesões conjuntivais, foi realizada a seleção das mesmas conforme suas características para evidenciar sua freqüência no período estudado. As lesões conjuntivais benignas estão abaixo relacionadas.

Tabela 23. Frequências e porcentagens de lesões conjuntivais benignas de acordo com os diagnósticos anatomopatológicos.

<i>Lesões conjuntivais benignas</i>	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
NEVO	23	25.0
PTERÍGIO	15	16.3
GRANULOMA	14	15.2
HIDROCISTOMA	6	6.5
HIPERPLASIA	5	5.4
LIPOMA	5	5.4
PAPILOMA	5	5.4
PROCESSO CRÔNICO INFLAMATÓRIO	3	3.3
HEMANGIOMA	2	2.2
MELANOSE	2	2.2
CISTO EPIDÉRMICO	1	1.1
CONJUNTIVITE LENHOSA	1	1.1
CONJUNTIVITE	1	1.1
DACRIOADENITE	1	1.1
DEPÓSITO AMORFO	1	1.1
DERMÓIDE	1	1.1
FIBROSE	1	1.1
METAPLASIA	1	1.1
MELANOSE PRIMÁRIA ADQUIRIDA (PAM)	1	1.1
QUERATOSE SEBORRÉICA	1	1.1
TECIDO FROUXO	1	1.1
TECIDO HEMORRÁGICO	1	1.1
Total	92	100.0

Lesões pré-malignas revelaram-se com porcentagem elevada, destacando-se NIC, com 84,8% do total de lesões pré-malignas e como visto anteriormente, representando 20,0% do total de lesões conjuntivais. A tabela 24 elenca as lesões pré-malignas diagnosticadas nos anatomopatológicos. Já na tabela 25 estão descritas as lesões de conjuntiva malignas, revelando o predomínio de CEC com 71,4%, seguido de melanoma com 28,6% das lesões.

Tabela 24. Frequências e porcentagens de lesões conjuntivais pré-malignas de acordo com os diagnósticos anatomopatológicos.

<i>Lesões conjuntivais pré-malignas</i>	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CONJUNTIVAL (NIC)	28	84.8
PTERÍGIO COM DISPLASIA	3	9.1
QUERATOSE ACTÍNICA	3	9.1
CARCINOMA IN SITU	2	6.1
Total	36	100.0

Tabela 25. Frequências e porcentagens de lesões conjuntivais malignas de acordo com os diagnósticos anatomopatológicos.

<i>Lesões conjuntivais malignas</i>	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
CARCINOMA ESPINOCELULAR (CEC)	5	71.4
MELANOMA	2	28.6
Total	7	100.0

Assim como na análise de lesões palpebrais, as lesões conjuntivais foram separadas em neoplásicas e não neoplásicas e verificou-se que as lesões com características neoplásicas apareceram com maior frequência no estudo (tabela 26).

Tabela 26. Frequências e porcentagens de lesões conjuntivais neoplásicas e não neoplásicas de acordo com os diagnósticos anatomopatológicos.

<i>Lesões conjuntivais neoplásicas e não neoplásicas</i>	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
LESÃO NEOPLÁSICA	90	66.7
LESÃO NÃO NEOPLÁSICA	45	33.3
TOTAL	135	100.0

As 135 solicitações de exames de lesões conjuntivais avaliadas apresentavam 09 delas sem diagnóstico clínico sugerido (6,7%), 49 (36,3%) com diagnóstico clínico benigno, a maioria, 69 casos, continha diagnóstico clínico indeterminado (51,1%) e em menor quantidade (1,5%) de malignos e 4,4% de pré-malignos (tabela 27).

Tabela 27. Frequências e porcentagens dos diagnósticos clínicos de lesões conjuntivais.

<i>Lesões conjuntivais – (diagnóstico clínico)</i>	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
INDETERMINADO	69	51,1
BENIGNO	49	36,3
AUSENTE	9	6,7
PRÉ-MALIGNO	6	4,4
MALIGNO	2	1,5
TOTAL	135	100,0

Pela tabela 28 verifica-se que das lesões conjuntivais neoplásicas, 53 (58,9%) tinham sido diagnosticadas como indeterminadas, 23 lesões (25,6%) como benignas, 7 (7,8%) não tiveram diagnóstico, 5 (5,6%) como pré-malignas e 2 (2,2%) como malignas. Das lesões não neoplásicas, 26 (35,6%) tinham sido benignas, 16

(35,6%) indeterminadas, 2 (4,4%) sem diagnóstico, 1 (2,2%) pré-maligna e nenhuma maligna.

Tabela 28. Frequência e porcentagem da correlação entre tipos de lesões conjuntivais e diagnóstico clínico.

Lesões conjuntivais			Diagnóstico clínico					Total
			A	B	I	M	PM	
Tipo de lesão	Neoplásica	Frequência (N)	7	23	53	2	5	90
		% dentro de neoplásica	7,8%	25,6%	58,9%	2,2%	5,6%	100,0%
	Não neoplásica	Frequência (N)	2	26	16	0	1	45
		% dentro de não neoplasia	4,4%	57,8%	35,6%	0,0%	2,2%	100,0%

A= Ausente; B= Benigno; I= Indeterminado; M= Maligno; PM= Pré-Maligno

Por intermédio da tabela 29, analisou-se a correlação entre o diagnóstico anatomopatológico e o clínico quanto à malignidade das lesões conjuntivais, onde se pode verificar que dos 92 diagnósticos anatomopatológicos benignos 50.0% tiveram hipótese indeterminada, 43,5% tiveram concordância para benignidade e nenhum como maligno. Das 7 lesões malignas no anatomopatológico, houve diagnóstico clínico indeterminado em 71,4% dos casos, 28,6% malignos e nenhum benigno. Das 36 lesões pré-malignas, 50.0% haviam sido diagnosticadas de forma inespecífica e 25% como benignas e 13,9% pré-malignas.

Tabela 29. Frequências e porcentagens quanto à malignidade dos diagnósticos anatomopatológicos em relação aos diagnósticos clínicos de lesões conjuntivais.

Lesões conjuntivais			Diagnóstico clínico					Total
			A	B	I	M	PM	
Diagnóstico anatomopatológico	B	Frequência (N)	5	40	46	0	1	92
		% dentro DAP	5,4	43,5	50,0	0,0	1,1	100,0%
		% do Total	3,7	29,6	34,1	0,0	0,7	68,1%
	M	Frequência (N)	0	0	5	2	0	7
		% dentro DAP	0,0	0,0	71,4	28,6	0,0	100,0%
		% do Total	0,0	0,0	3,7	1,5	0,0	5,2%
	PM	Frequência (N)	4	9	18	0	5	36
		% dentro DAP	11,1	25,0	50,0	0,0	13,9	100,0%
		% do Total	3,0	6,7	13,3	0,0	3,7	26,7%
Total	Frequência (N)	9	49	69	2	6	135	
	% dentro DAP	6,7	36,3	51,1	1,5	4,4	100,0%	
	% do Total	6,7	36,3	51,1	1,5	4,4	100,0%	

B=benigno; M=maligno; PM=pré-maligno; A=ausente; I=indeterminado.

Ao avaliar a porcentagem de concordância entre diagnósticos clínicos e anatomopatológicos quanto ao tipo histológico, verificou-se que em 64,4% não houve concordância, 29,6% com concordância e em 5,9% dos casos não foi colocado diagnóstico clínico, não sendo possível realizar a correlação entre diagnóstico clínico e anatomopatológico.

Tabela 30. Freqüências e porcentagens da concordância entre diagnósticos clínicos e anatomopatológicos das lesões conjuntivais quanto ao tipo histológico.

<i>Lesões conjuntivais – Tipo histológico</i>	<i>Freqüência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
NÃO	87	64,4
SIM	40	29,6
NÃO SE APLICA	8	5,9
TOTAL	135	100,0

Quanto à concordância entre diagnósticos clínicos e diagnósticos anatomopatológicos quanto à malignidade, pode-se verificar que 64,4% do total não possuíram concordância e 29,6% apresentaram concordância.

Tabela 31. Freqüências e porcentagens da concordância entre diagnósticos clínicos e diagnósticos anatomopatológicos das lesões conjuntivais quanto à malignidade.

<i>Lesões conjuntivais – Malignidade</i>	<i>Freqüência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
NÃO	80	59,3
SIM	47	34,8
NÃO SE APLICA	8	5,9
TOTAL	135	100,0

A análise da acurácia dos diagnósticos de lesões conjuntivais foi feita excluindo-se os diagnósticos clínicos indeterminados e ausentes e calculando-se a freqüência de acertos dos diagnósticos clínicos efetivos. Encontrou-se 69,0% de acertos diagnósticos e 31,0% de erros quanto ao tipo histológico. Quanto à malignidade constatou-se 81,0% de acertos diagnósticos e 19,0% de erros.

Tabela 32. Acurácia do diagnóstico clínico quanto ao tipo histológico em lesões conjuntivais.

<i>Acurácia diagnóstica – Tipo histológico</i>	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
SIM	40	69,0
NÃO	18	31,0
Total	58	100,0

Tabela 33. Acurácia do diagnóstico clínico quanto à malignidade em lesões conjuntivais.

<i>Acurácia diagnóstica – Malignidade</i>	<i>Frequência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
SIM	47	81,0
NÃO	11	19,0
Total	58	100,0

Analisando a relação entre diagnósticos anatomopatológicos e as margens cirúrgicas, pode-se verificar que os casos malignos apresentam 57,1% de margens comprometidas e 42,9% de margens livres. Os casos pré-malignos apresentaram 61,1% com margens livres e 36,1% com margens comprometidas e 2,8% não avaliáveis.

Tabela 34. Frequências e porcentagens em lesões conjuntivais malignas e pré-malignas da correlação entre diagnósticos anatomopatológicos e margens cirúrgicas.

<i>Lesões Conjuntivais</i>			<i>Margens cirúrgicas</i>				<i>Total</i>
			CP	LV	NA	NAV	
malignas e pré-malignas							
Diagnóstico anatomopatológico	M	Frequência (N)	4	3	0	0	7
		% dentro LC_MPM	57.1%	42.9%	.0%	.0%	100.0%
		% do Total	3.0%	2.2%	.0%	.0%	5.2%
	PM	Frequência (N)	13	22	0	1	36
		% dentro LC_MPM	36.1%	61.1%	.0%	2.8%	100.0%
		% do Total	9.6%	16.3%	.0%	.7%	26.7%
Total		Frequência (N)	17	25	0	1	43
		% dentro LC_MPM	39.5%	58.1%	.0%	2.3%	100.0%
		% do Total	39.5%	58.1%	.0%	2.3%	100.0%

M=maligno; PM=pré-maligno; LC_MPM=lesões conjuntivais malignas e pré-malignas; CP= comprometidas; LV=livres; NA=não se aplica; NAV=não avaliáveis.

Nos casos malignos e pré-malignos, analisando as margens cirúrgicas em relação à malignidade no diagnóstico clínico (tabela 35), verificou-se que dos 17 casos com margens comprometidas, 7 casos (41,2%) apresentavam diagnóstico indeterminado, 5 (29,4%) apresentavam diagnóstico clínico pré-maligno, 02 casos malignos (11,8%), 02 casos ausentes (11,8%) e 01 (5,9%) benigno.

Tabela 35. Frequências e porcentagens em lesões conjuntivais malignas e pré-malignas da correlação entre margens cirúrgicas e diagnósticos clínicos quanto à malignidade.

<i>Diagnóstico anatomopatológico</i>			<i>Diagnóstico clínico</i>					<i>Total</i>
			A	B	I	M	PM	
Margens cirúrgicas das lesões conjuntivais	CP	Frequência (N)	2	1	7	2	5	17
		% dentro de MARGENS	11,8%	5,9%	41,2%	11,8%	29,4%	100,0%
		<hr/>						
	LV	Frequência (N)	2	7	16	0	0	25
		% dentro de MARGENS	8,0%	28,0%	64,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		<hr/>						
	NAV	Frequência (N)	0	1	0	0	0	1
		% dentro de MARGENS	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		<hr/>						
	Total	Frequência (N)	4	9	23	2	5	43
		% dentro de MARGENS	9,3%	20,9%	53,5%	4,7%	11,6%	100,0%
		<hr/>						

CP= comprometidas; LV=livres; NAV=não avaliáveis; A=ausente; B=benigno; I=indeterminado; M=maligno; PM=pré-maligno.

Dentre todas as lesões de conjuntivas levantadas na pesquisa, 29,63% do total tiveram concordância entre diagnóstico clínico e anatomopatológico quanto ao tipo histológico da lesão. As lesões que tiveram mais concordância foram pterígio (com 11,11%), seguido de granuloma (com 3,70% do total de casos) nevo e NIC em terceiro com 2,96%.

Tabela 36. Frequência e porcentagem da concordância entre diagnóstico clínico e anatomopatológico quanto ao tipo histológico de lesões conjuntivais.

<i>Lesões conjuntivais DCxDAP – tipo histológico</i>	<i>Frequência (N)</i>	<i>% do Total</i>
PTERÍGIO	15	11,11%
GRANULOMA	5	3,70%
NEVO	4	2,96%
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CONJUNTIVAL (NIC)	4	2,96%
PTERÍGIO COM DISPLASIA	3	2,22%
CARCINOMA <i>IN SITU</i>	1	0,74%
CARCINOMA ESPINOCELULAR (CEC)	1	0,74%
CONJUNTIVITE	1	0,74%
DACRIOADENITE	1	0,74%
DERMÓIDE	1	0,74%
HIDROCISTOMA	1	0,74%
LIPOMA	1	0,74%
PAPILOMA	1	0,74%
PROCESSO INFLAMATÓRIO CRÔNICO	1	0,74%
TOTAL	40	29,63%

DC=diagnóstico clínico; DAP=diagnóstico anatomopatológico.

Os casos de lesões onde houve concordância entre os diagnósticos clínicos e anatomopatológicos quanto à malignidade, perfizeram um total de 34,81%, dentro deste grupo encontraram-se os seguintes números com maior evidência: pterígio mostrou-se com maior concordância com 11,11% do total de casos concordantes, granuloma com 5,93% e nevo com 4,44%.

Tabela 37. Frequência e porcentagem da concordância entre diagnóstico clínico e anatomopatológico quanto à malignidade de lesões conjuntivais.

<i>Lesões conjuntivais DCxDAP - malignidade</i>	<i>Frequência (N)</i>	<i>% do Total</i>
PTERÍGIO	15	11,11%
GRANULOMA	8	5,93%
NEVO	6	4,44%
NIC	4	2,96%
HIDROCISTOMA	2	1,48%
LIPOMA	2	1,48%
PAPILOMA	2	1,48%
CARCINOMA <i>IN SITU</i>	1	0,74%
CEC	1	0,74%
CONJUNTIVITE	1	0,74%
DACRIOADENITE	1	0,74%
DERMÓIDE	1	0,74%
HEMANGIOMA	1	0,74%
MELANOMA	1	0,74%
PROCESSO INFLAMATÓRIO CRÔNICO	1	0,74%
TOTAL	47	34,81%

DC=diagnóstico clínico; DAP=diagnóstico anatomopatológico.

Analisando a proporção de pacientes dos sexos feminino e masculino portadores de lesões de conjuntiva, observou-se que há uma pequena diferença entre os gêneros, havendo relativa proporcionalidade entre ambos.

Tabela 38. Freqüência e porcentagem das lesões conjuntivais quanto ao sexo.

<i>Lesões conjuntivais (sexo)</i>	<i>Freqüência (N)</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
Feminino	63	46,7
Masculino	72	53,3
Total	135	100,0

5.2.2 Análise estatística de lesões conjuntivais

Ao analisar estatisticamente a correlação entre tipos de lesões conjuntivais (neoplásicas ou não neoplásicas) e diagnóstico clínico (tabela 28), aplicando o teste qui-quadrado de Pearson, este mostrou que a associação entre as variáveis não é significativa, com $p = 0,06$ (o mesmo acontece com o teste exato de Fisher com $p = 0,06$), mas muito próximas de serem significantes a 5%. São significantes a 10%. Assim, com nível de significância de 10%, da tabela de lesões conjuntivais, pode-se deduzir que quando a lesão é neoplásica, os cirurgiões tendem a classificá-la como indeterminada e, quando se trata de uma não neoplásica, os cirurgiões a classificam como benigna.

Analisando as especialidades médicas que encaminharam as solicitações de pedido de anatomopatológico, verificou-se que todos os casos de lesões de conjuntiva (135) foram encaminhados por oftalmologistas, destes 59,3% não acertaram o diagnóstico clínico quanto à malignidade, 34,8% acertaram o diagnóstico e 5,9% não colocaram nenhum diagnóstico.

Pela análise do apêndice I, observa-se que os médicos que mais acertaram, em relação a todos os diagnósticos conjuntivais, foram: F1 (12,5%), G2 (12,5%), I1 (10,0%), J2 (10,0%) e V2 (10,0%). Diversos médicos não acertaram nenhum diagnóstico clínico.

Para se avaliar a significância de acertos do diagnóstico clínico quanto à malignidade, utilizou-se análises estatísticas que validassem o estudo, como o teste qui-quadrado para a significância dos acertos. Como $p < 0,0001$, verificou-se que

existem diferenças significativas entre os médicos que acertaram os diagnósticos clínicos quanto à malignidade.

Observou-se ainda pelo apêndice I que os médicos que mais erraram, em relação a todos os diagnósticos conjuntivais foram: T1 (17,20%), B2 (9,20%), B1 (8,00%) e G1 (8,00%) dos diagnósticos. Cinco médicos não erraram nenhum diagnóstico clínico. Para analisar o grau de significância dos médicos que mais erraram o diagnóstico utilizou-se novamente o teste qui-quadrado para significância dos erros quanto à malignidade das lesões. Como $p < 0,0001$, verificou-se que existem diferenças significativas entre os médicos que erraram os diagnósticos clínicos quanto às lesões conjuntivais.

Por meio da tabela 39, podemos analisar as lesões conjuntivais que tiveram maior e menor concordância entre diagnósticos clínicos e anatomopatológicos. Onze lesões não tiveram nenhum acerto, como mostra a tabela a seguir.

Tabela 39. Resultados da concordância entre os diagnósticos clínicos e anatomopatológicos de lesões conjuntivais.

<i>Lesões conjuntivais DCXDAP</i>	NÃO	NÃO SE APLICA	SIM
PTERÍGIO	4.6%	0.0%	45.0%
GRANULOMA	1.1%	0.0%	12.5%
NEVO	1.1%	0.0%	10.0%
NIC	1.1%	0.0%	10.0%
CARCINOMA IN SITU	0.0%	0.0%	2.5%
CEC	1.1%	0.0%	2.5%
CONJUNTIVITE ATÍPICA	0.0%	0.0%	2.5%
DACRIOADENITE	0.0%	0.0%	2.5%
DERMOLIPOMA	0.0%	0.0%	2.5%
DERMÓIDE	3.4%	0.0%	2.5%
HIDROCISTOMA	0.0%	0.0%	2.5%
NÓDULO INFLAMATÓRIO	0.0%	0.0%	2.5%
PAPILOMA	2.3%	0.0%	2.5%
AUSENTE	1.1%	100%	0.0%
CARÚNCULA	1.1%	0.0%	0.0%
CISTO CONJUNTIVA	1.1%	0.0%	0.0%
CONJUNTIVA BULBAR	1.1%	0.0%	0.0%
DEPÓSITO CONJUNTIVA	1.1%	0.0%	0.0%
HIPERPLASIA EPITELIAL	1.1%	0.0%	0.0%
LESÃO CONJUNTIVA	4.6%	0.0%	0.0%
PINGUÍCULA	1.1%	0.0%	0.0%
TU CONJUNTIVA	70.1%	0.0%	0.0%
TU CONJUNTIVA OU GRANULOMA	1.1%	0.0%	0.0%
TU PONTO LACRIMAL	1.1%	0.0%	0.0%
TOTAL	100%	100%	100%

DC=diagnóstico clínico; DAP=diagnóstico anatomopatológico.

Novamente foi aplicado o teste qui-quadrado para a significância das lesões quanto à alta concordância e obtivemos $p < 0,0001$, existem diferenças significativas

entre as concordâncias quanto aos diagnósticos das lesões. Observa-se também, pela análise da tabela 39, que a lesão em que houve maior acerto, em relação a todos os diagnósticos, foi o pterígio, com 45,0%. Em diversas lesões não houve nenhum diagnóstico concordante.

No teste qui-quadrado para a significância das lesões quanto à alta discordância obtivemos $p < 0,0001$, existem diferenças significativas entre as discordâncias quanto ao tipo de lesão. Observa-se que a lesão em que houve maior discordância, em relação a todos os diagnósticos, foi o tumor de conjuntiva (inespecífico), com 70,1%. Em seis lesões não houve nenhum diagnóstico discordante.

6 DISCUSSÃO

6.1 Lesões palpebrais

Lesões palpebrais e conjuntivais têm relevante morbidade e mortalidade. Estas lesões, sejam elas benignas ou malignas, causam ao indivíduo uma série de problemas estéticos, funcionais e psicológicos, conforme também ressaltado por Kersten et al. (1997).

Ressaltando a importância das lesões malignas, há evidências de que cânceres de pele são um problema de grande magnitude com tendências de aumento da morbidade e mortalidade e sua elevada frequência impõem que as mesmas sejam consideradas como um problema de saúde pública. Existem evidências importantes de que os três tipos principais de câncer da pele são causados pela exposição solar, seu principal fator de risco, embora sejam descritos ainda o uso de álcool e o fumo. A proteção contra a exposição solar ainda não é prática difundida na população (Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2006).

Devido à baixa consciência da gravidade sanitária do câncer da pele entre os profissionais de saúde (Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2006), percebemos que é preciso estimular a produção de trabalhos com fins educativos e informativos sobre a importância e frequência destes cânceres.

A tabela 9 evidencia que, do total de 300 casos de lesões palpebrais, 261 foram benignas (87,0%), 27 malignas (9,0%) e 12 pré-malignas (4,0%). Este resultado é compatível com o encontrado por Geist (2000), em trabalho americano, evidenciou nas lesões palpebrais 76,0% de lesões benignas, uma taxa um pouco menor do que a nossa, porém bem próxima. Grupenmacher et al. (2006) em sua casuística encontrou 90% de tumores benignos e 10% de malignos. Como esta última trata-se de estatística de nosso país, podemos induzir que nossos resultados estão compatíveis com a literatura nacional.

Em análise geral de lesões palpebrais incluindo benignas, pré-malignas e malignas (tabela 1), verificamos que as lesões mais freqüentes em ordem decrescente foram nevo (18,0%), calázio (15,3%), hidrocistoma (11,3%), cisto epidérmico (11,0%) e queratose seborréica (8,7%).

Em nosso estudo, separando as lesões benignas (tabela 2), tivemos a seguinte freqüência: 54 casos de nevo (20,7%), 46 de calázio (17,6%) e 34 de hidrocistoma (13,0%). Outro autor encontrou como mais freqüentes ceratose seborréica (23,8%), cisto epitelial benigno (21,9%) e calázio (16%) (GEIST, 2000, p.3350). Encontramos estatísticas diferentes uma vez que, das três mais freqüentes que eles encontraram, a ceratose seborréica, em nosso estudo, foi o quinto diagnóstico em freqüência com 10% dos casos, os cistos epidérmicos ficaram em quarto com 12,6% e calázio em segundo com 17,6%, taxa muito próxima aos 16% encontrado no estudo daqueles autores.

Gruppenmacher et al. (2006) encontraram 42% de calázio, 15% de pólipo fibroepitelial e em terceiro lugar três lesões com a mesma freqüência de 10%, quais sejam, nevo, hidrocistoma e cisto epidermóide.

Comparando com o estudo de Gruppenmacher, as freqüências são bem diferentes, pois nós encontramos menos da metade de cisto calázio, não tivemos pólipos fibroepiteliais e mais do que o dobro de nevo. Não pudemos identificar o motivo desta diferença de freqüências, podendo-se sugerir-se algum fator regional ou relacionado com práticas clínicas.

Ozidal et al. (2004) em seu artigo comenta que o calázio é a mais comum lesão inflamatória da pálpebra e, embora seu diagnóstico pareça fácil, o calázio pode simular um número considerável de lesões benignas, pré-malignas ou malignas.

Nevo foi a lesão mais freqüente em nosso estudo. A *American Academy of Ophthalmology* (2007, p.176) refere que nevo é a terceira mais encontrada, depois de papiloma e cisto epidérmico. Kersten et al. (1997) também entre os benignos encontrou como mais freqüentes papiloma, seguido de cisto epidérmico e nevo.

No caso de calázio, segunda lesão mais freqüente encontrada em nosso trabalho, houve concordância com a literatura quanto à porcentagem conforme já exposto.

Em relação à hidrocistoma, a terceira mais freqüente, não houve concordância com a literatura, pois Schellini et al. (2001) encontraram 0,07% de freqüência enquanto encontramos 13,0%.

Como não há concordância com a literatura, podemos inferir que estas diferenças se devem à grande diversidade de lesões benignas e às diferenças geográficas.

Em nosso estudo, as lesões pré-malignas foram 12 casos, todos de queratose actínica, perfazendo então 100,0% das pré-malignas e 4,0% do total de pálpebra. Cabral (2007) comenta a importância deste tumor que em 10% dos casos pode progredir para CEC.

Quanto às lesões malignas palpebrais, de um total de 27 lesões, encontramos a maior freqüência de CBC em 17 dos casos (63,0%), seguido de Ca sebáceo e Ca metatípico, ambos com 04 casos (14,8%) e tivemos somente 01 caso de Ca Mucoepidermóide e 01 caso de CEC, ambos com 3,7% (tabela 3).

Soares et al. (2001) encontraram, entre tumores malignos de pálpebra, 75,9% de CBC 12,96% de CEC, 7,40% de melanomas, 1,85% de Ca indiferenciado e 1,85% de lentigo maligna.

Riedel e Beyer-Machule (2000) também verificaram predominância de CBC em tumores palpebrais com 92,5% dos casos, seguido de CEC com 4,6% dos casos, Ca sebáceo foi o terceiro com 1,5%.

Gruppenmacher (2006) observou que entre os tumores malignos 57% eram CBC e 43% eram CEC.

Geist (2000) também relata que a vasta maioria (80.4%) de tumores malignos é de CBC.

Comparando as nossas estatísticas com os trabalhos anteriores, verificamos que há concordância quanto ao tipo mais comum de lesão maligna palpebral que é o CBC, pois se encontrou freqüência na literatura entre 57% (GRUPENMACHER, 2006) e 92,5% (RIEDEL E BEYER-MACHULE, 2000). Já quanto ao segundo tipo

mais freqüente, estes autores juntamente com Soares et al. (2001) encontraram CEC o que diferiu do nosso estudo onde encontramos Ca metatípico e Ca sebáceo.

Vários outros autores relatam demonstram a predominância de CBC como tumor maligno de pele de um modo geral, com freqüências entre 65,7% e 75% (MESSINA et al., 2006; SALOMON et al., 2004; NASSER, 2005).

Messina et al., 2006 refere que CBC é a neoplasia cutânea maligna mais freqüente nos indivíduos da raça branca.

CBC é o mais comum câncer de pele não melanoma segundo Salomon et al., 2004, sendo a pálpebra o local de maior ocorrência.

Nasser, 2005 em seu estudo em Blumenau verificou aumento importante da morbidade de CBC de pele que em 1980 era de 51,5 casos /100.000hab. e em 1999 chegou aos 225 casos/100.000hab., atribuindo o autor esta diferença devido ao aumento do número de diagnósticos realizados no município, pela grande intensidade da radiação solar e pelo hábito de se expor ao sol.

Messina et al. relatam ainda em seu trabalho com carcinoma basocelular que 55% das lesões necessitaram de reconstrução complexa, como enxerto ou retalho.

Estudando em nossa casuística a diferença entre lesões neoplásicas e não neoplásicas (tabela 4) encontramos porcentagens de 76,3% e 23,7% respectivamente. Em nenhum dos trabalhos pesquisados foi encontrado este tipo de estudo comparativo.

Analisando a freqüência dos diagnósticos clínicos (tabela 5) verificamos que os diagnósticos indeterminados constituíram 59,3% dos casos, o que leva à redução do número de diagnósticos específicos efetuados pelos cirurgiões na maioria dos casos avaliados no presente estudo. Percebemos com a avaliação dos resultados que é prática comum a colocação de diagnósticos inespecíficos, como tumor de pálpebra, lesão de pálpebra e cisto de pálpebra. Esta atitude transfere para o patologista a responsabilidade da definição diagnóstica, sendo que, quando o cirurgião define uma hipótese diagnóstica conforme as características clínicas da lesão, colabora muito no processo de identificação da mesma pelo patologista.

Observamos ainda que em 8,3% dos casos os cirurgiões não colocaram nenhuma hipótese diagnóstica, fato mostrado na tabela 5 como diagnóstico ausente, deixando o campo específico em branco ou colocando somente o termo “anatomopatológico”, o que é ainda mais grave, pois desta forma o patologista não tem a orientação sequer sobre a localização da lesão, tornando mais trabalhoso o processo de identificação, pois o patologista tem que descobrir a origem anatômica da peça pelo tipo de células encontradas.

Constatamos ainda que nenhum cirurgião suspeitou de lesão pré-maligna em pálpebra.

A tabela 6, que correlaciona lesões separadamente classificadas como neoplásicas e não neoplásicas e diagnóstico clínico, evidencia que para lesões palpebrais neoplásicas confirmou-se grande número de diagnósticos indeterminados, fato este preocupante, pois lesões neoplásicas necessitam do diagnóstico clínico diferencial para auxiliar o trabalho do patologista, devido à grande diversidade de apresentações histológicas de uma mesma lesão. Para lesões não neoplásicas, a tendência dos cirurgiões foi colocar diagnóstico benigno, fato este previsível.

Pela análise da tabela 7, verificamos alta porcentagem de discordância entre o diagnóstico clínico quanto ao tipo histológico da lesão e o diagnóstico anatomopatológico (68,0%), os diagnósticos foram concordantes em somente 23,7% dos casos e em 8,3% dos casos foram ausentes. Isto provavelmente se deve ao grande número de diagnósticos clínicos indeterminados. Quanto à malignidade (tabela 8), a discordância foi de 61,4%, a concordância de 30,3% e 8,3% de diagnósticos ausentes.

Outros trabalhos (MARGO, 1999 e KERSTEN et al., 1997) também avaliaram a acurácia do diagnóstico clínico em relação ao anatomopatológico de lesões palpebrais. Margo (1999) encontrou concordância entre diagnóstico clínico e histopatológico em 72 (83,7%) de 86 espécimes palpebrais, encontrou ainda 10 (11,6%) de diagnósticos clínicos malignos que vieram benignos e 04 (4,6%) de diagnósticos clínicos presumidos como benignos que provaram ser malignos. Cabe observar que o trabalho de Margo (1999) é prospectivo e no caso da falta de

diagnóstico clínico ou se ele era inespecífico, o médico era chamado no tempo do recebimento da peça e um diagnóstico clínico era requerido, sendo que a seleção de benigno ou maligno era a categoria mínima aceita para o diagnóstico clínico.

Comparando nosso resultado com Margo (1999), constatamos que nossa porcentagem de concordância está bem menor, porém isto se deve ao fato de termos incluído nos diagnósticos discordantes os casos indeterminados.

Kersten et al. (1997) em seu estudo sobre acurácia do diagnóstico clínico de lesões palpebrais encontraram alta acurácia no diagnóstico clínico de lesões palpebrais benignas, com 98,0% de concordância. Relata ainda em seu estudo que houve 92,8% de acurácia diagnóstica para CBC.

Entendemos que o diagnóstico clínico indeterminado constitui um diagnóstico, porém inespecífico, e por ser inespecífico não pode estar concordante com o diagnóstico final (anatomopatológico) e sim discordante.

Excluindo os diagnósticos indeterminados e ausentes, ou seja, considerando somente os diagnósticos clínicos efetivos, encontramos uma acurácia do diagnóstico clínico de 73,2% quanto ao tipo histológico e 93,8% quanto à malignidade das lesões, o que nesta forma de analisar os dados, concorda com os achados da literatura (tabelas 10 e 11).

Na análise global dos casos encontramos baixa concordância do diagnóstico clínico com o anatomopatológico que se revelou 23,7% quanto ao tipo histológico e 30,3% quanto à malignidade, conforme evidenciado nas tabelas 7 e 8.

Foi analisada a malignidade dos resultados anatomopatológicos e sua correlação com os diagnósticos clínicos registrados (tabela 9). Verificou-se que dentre os diagnósticos histológicos benignos, 58,6% eram indeterminados, 32,6% eram benignos, 8,4% eram ausentes e 0,4% eram malignos.

Constatamos que somente 32,6% dos diagnósticos benignos no anatomopatológico tinham sido clinicamente diagnosticados desta forma, o que mostra que somente um terço das lesões benignas foi corretamente diagnosticado, porcentagem esta que consideramos baixa.

Dos diagnósticos malignos no anatomopatológico, 55,6% eram no diagnóstico clínico indeterminados, 22,2% eram malignos, 14,8% eram benignos e

7,4% eram ausentes. A porcentagem de diagnósticos corretamente realizados neste caso é menor ainda (22,2%), cerca de um quinto de porcentagem de diagnósticos malignos corretos. O que preocupa também é que de tumores malignos (cânceres), 14,8% tinham sido diagnosticados clinicamente como benignos.

É obvio que com uma larga variedade de lesões palpebrais, o incorreto diagnóstico clínico não pode ser completamente evitado (OZDAL et al., 2004).

Dos casos de lesões diagnosticadas como benignas, em 2% foram encontrados anatomopatológicos malignos (KERSTEN et al., 1997). Estes autores sugerem avaliação histopatológica de todas as lesões, não importando quanto benignas elas pareçam.

Em outro estudo, a discrepância entre diagnóstico clínico e histopatológico foi percebida em 16,2% das lesões palpebrais, 4,6% delas foi presumida clinicamente como benigna e resultou no histopatológico como sendo maligna (MARGO, 1999).

Dos casos de lesões malignas não diagnosticadas 80% foram Carcinoma Sebáceo e 20% foram Carcinoma Basocelular (OZDAL et al., 2004).

Por intermédio do resultado anatomopatológico, pudemos analisar as margens cirúrgicas das lesões retiradas (tabela 12) e evidenciamos que das 27 lesões malignas, 63,0% tinham margens cirúrgicas livres, 33,3% comprometidas e 3,7% não avaliáveis, ou seja, um terço dos tumores malignos vieram com margens comprometidas, o que é uma estatística preocupante, pois estes casos têm grande chance de recidivarem ou metastatizarem, dependendo da severidade da neoplasia maligna em questão. Das lesões pré-malignas, que têm potencial real de se tornarem malignas, 43,6% tinham margens livres, 23,1% margens comprometidas e 2,6% não avaliáveis. É também um dado preocupante saber que quase um quinto das lesões com potencial de malignização não foram retiradas com margens cirúrgicas ou de forma insuficiente e que como já citado anteriormente, nenhum cirurgião suspeitou de lesão pré-maligna.

Soares et al. (2001) encontraram em seu estudo de lesões malignas que estas estavam livres em todos os tumores, que foram no total 54 casos malignos, resultando então 100% de margens cirúrgicas livres.

Já Ishi et al. (2004) verificando margens em CBC constataram que dos 23 pacientes estudados, 16 (69.5%) apresentaram margens cirúrgicas livres de neoplasia e 07 (30.4%) apresentaram acometimento de margens de ressecção.

Analisando quais foram os diagnósticos clínicos nos diferentes tipos de margens cirúrgicas (tabela 13), podemos constatar que dos 39 casos malignos e pré-malignos 13 vieram com margens comprometidas e destes 04 (30,8%) tinham sido diagnosticados clinicamente como benignos e 07 (53,8%) vieram com diagnóstico clínico indeterminado. Isto causa preocupação porque os cirurgiões que colocaram diagnóstico benigno ou indeterminado, não se atentaram para uma possível malignidade da lesão e da importância da retirada da lesão com margens de segurança.

Separando lesões neoplásicas de não neoplásicas (tabelas 14 e 15) verificamos que proporcionalmente houve mais diagnósticos indeterminados nas lesões neoplásicas do que nas não neoplásicas, e teoricamente deveria ser o contrário, pois lesões neoplásicas têm maior risco de ocasionarem disfunções, seqüelas e até mesmo risco de morte.

Existem algumas especialidades médicas que intervêm cirurgicamente nas lesões palpebrais, conforme visto na tabela 16, com predominância de oftalmologistas (84,7%), seguido de cirurgiões plásticos (6,7%) e cirurgiões gerais (3,3%). Este resultado se deve à localização da lesão, na qual outros profissionais médicos não intervêm cirurgicamente com freqüência.

Quanto ao tipo da lesão (tabela 17), os diagnósticos mais concordantes foram para calázio, hidrocistoma e nevo.

Quanto ao sexo em lesões palpebrais (tabela 18), verificamos 65,0% de mulheres e 35,0% de homens, o que possivelmente se deva à maior preocupação feminina com os problemas estéticos da face. Semelhante à nossa estatística, no trabalho de Grupenmacher et al. (2006), verificou-se que a incidência de portadores de tumores palpebrais do sexo feminino foi de 55,9% (37 pacientes) e do sexo masculino foi de 44,4% (30 pacientes), sendo a proporção encontrada de 1,23 pacientes femininos para cada masculino. Vale ressaltar ainda que Lee et al. (1999)

em casos de cânceres de pálpebra encontrou 50,2% de mulheres e 49,8% de homens.

Observou-se que não existem diferenças estatísticas entre oftalmologistas e não oftalmologistas na colocação das hipóteses diagnósticas ($p > 0,05$ no teste Kruskal-Wallis), pois há especialidades que põem mais diagnóstico com mais frequência e outras que põem menos diagnósticos, porém esta análise é prejudicada, pois o ideal seria que todos os especialistas analisassem as mesmas lesões, o que não aconteceu em nosso estudo ou que o número de casos de uma especialidade para outra não fosse tão discrepante.

Ainda analisando as especialidades médicas, com relação à concordância diagnóstica quanto ao tipo histológico da lesão (tabela 20), a Dermatologia apresentou a maior concordância com 85,7% e a menor ocorreu na Cirurgia Geral e Cirurgia Plástica, ambas com 10,0%. A Oftalmologia teve 23,6% de concordância diagnóstica. Na análise estatística (teste qui-quadrado), como $p < 0,0001$, existem diferenças significativas entre as especialidades médicas em acertarem os diagnósticos.

Na análise da concordância diagnóstica quanto à malignidade feita pelos especialistas (tabela 21), observou-se 85,7% para a Dermatologia, a menor concordância foi 10,0% para Cirurgia Geral e Cirurgia Plástica. A concordância na Oftalmologia foi 31,1%.

Analisando frequência de acertos entre os médicos (apêndice I), verificamos que o médico F1 teve maior acerto diagnóstico (62,0%). Diversos médicos não tiveram nenhum acerto diagnóstico. Quanto ao erro diagnóstico, o médico D1 apresentou maior taxa (16,1%). Diversos médicos não apresentaram nenhum erro diagnóstico.

6.2 Lesões conjuntivais

Analisando dados da tabela 29 de acordo com os diagnósticos anatomopatológicos, evidenciamos 135 casos de lesões conjuntivais, 92 das quais foram benignas (68,1%), 36 pré-malignas (26,7%) e 07 malignas (5,2%).

Amoli e Heidari (2006) analisando 447 neoplasias primárias conjuntivais, encontraram 261 casos de tumores benignos (58,4%) e 134 casos de tumores malignos (30%), sendo que 52 casos eram lesões pré-malignas (11,6%). Nossos dados concordam com esta pesquisa com relação às lesões benignas com percentis próximos, porém é discordante em relação às pré-malignas e malignas que aparentam ter percentis invertidos.

Na tabela 22 vemos que do total geral de lesões conjuntivais, NIC foi a mais freqüente com 20,0%, seguida de nevo com 17,0% e pterígio com 11,1%.

Em análise segmentada das lesões benignas, pré-malignas e malignas, verificou-se que para lesões benignas (tabela 23) tivemos 25,0% de nevo, seguido de 16,3% de pterígio e 15,2% de granuloma.

Os nevos são o tipo de tumor benigno mais freqüente da conjuntiva (OLIVEIRA et al., 2009), o que está de acordo com nosso estudo.

Entretanto Bessa, Potting e Bomfim (1997) identificaram o pterígio como a lesão mais comum entre as neoplasias benignas (13,5%) e representando 10,4% do total de todas as neoplasias em outro estudo brasileiro. Apesar de em nossa estatística o pterígio vir na segunda colocação, os valores que encontramos são muito próximos dos encontrados em seu estudo, pois evidenciamos 16,3% das lesões benignas e 11,1% do total de lesões conjuntivais. Os mesmos autores encontraram granuloma piogênico como quarto em freqüência com 6,0% das neoplasias benignas e nós encontramos como terceiro em freqüência com 15,2% dos casos.

Quanto às lesões pré-malignas (tabela 24), encontramos com maior freqüência NIC com 84,8% dos casos, em seguida queratose actínica e pterígio com displasia ambas com 9,1% e por último Ca *in situ* com 6,1% dos casos.

De 251 lesões conjuntivais pré-malignas, MacLean et al. (1993) encontrou 149 (59,4%) de queratose actínica, 76 casos de displasia e 26 casos de Ca *in situ*

que eles sugerem classificar como neoplasia intraepitelial conjuntival – NIC somando, portanto, 102 casos deste último (40,6%).

Nossos dados neste caso não são coincidentes com a literatura, pois encontramos mais do que o dobro de NIC (84,8% contra 40,6%) e enquanto eles encontraram a maior freqüência de queratose actínica (QA) com 59,4%, encontramos somente 9,1% em nossa casuística.

É importante ressaltar que Cabral (2007) referiram que dos casos de QA, a progressão para CEC é de aproximadamente 10% dos casos. Já Scott e Kronish (2000, p. 3370) relatam que o risco de malignização pode alcançar 20%, demonstrando a importância do diagnóstico e tratamento desta neoplasia.

Não verificamos a incidência de pterígio com displasia na literatura, talvez por ainda não ser bem estabelecido se esta é uma lesão pré-maligna ou benigna ou talvez pelo fato de que em nossa cidade muitos casos de pterígio são enviados para análise anatomopatológica, o que poderia estar causando a descoberta destes casos com presença de displasia.

Analisando 07 lesões conjuntivais malignas (tabela 25), constatamos que a mais freqüente foi CEC com 05 casos (71,4%), seguido de melanoma com 02 casos (28,6%).

O CEC foi relatado Bessa, Potting e Bomfim (1997) como a mais freqüente lesão entre as malignas. Analisando 15 lesões malignas, suas freqüências foram de 07 casos (46,7%) de CEC, 03 casos (20,0%) de *Ca in situ* que em nosso estudo classificamos como pré-maligno com a denominação NIC e 02 casos (13,3%) de melanoma conjuntival. Caso estes autores também tivessem incluído *Ca in situ* (03 casos) e tumor de Bowen (01 caso) como pré-malignos teriam 63,6% de CEC e 18,2% de melanoma, valores estes que já ficariam mais próximos dos nossos.

Schellini et al. (2005) em seu artigo comentam que entre tumores malignos conjuntivais, CEC corresponde de 44,7 a 61,8%. A análise histológica em sua casuística revelou 86,5% de CEC e 13,5% de *Ca in situ* (Schellini et al., 2005). Encontramos uma taxa um pouco menor de CEC e não classificamos o *Ca in situ* como maligno e sim pré-maligno. Tivemos alto índice de melanoma conjuntival, 28,6% dos nossos casos malignos.

Estudando a diferença entre lesões conjuntivais neoplásicas e não neoplásicas (tabela 26) encontramos taxas de 66,7% e 33,3% respectivamente, ou seja, dois terços das lesões conjuntivais eram neoplásicas e um terço eram não neoplásicas das mais diversas etiologias, principalmente inflamatória e reacional. Assim como nas lesões palpebrais, este tipo de estudo comparativo não foi encontrado na literatura pesquisada.

Os diagnósticos clínicos de lesões conjuntivais (tabela 27, 28 e 29) mostraram também alto índice de diagnósticos indeterminados (51,1%), revelando que, assim como para lesões palpebrais, nas conjuntivais há baixa freqüência de hipóteses diagnósticas emitidas pelos cirurgiões. Apesar de termos 26,7% de lesões pré-malignas no anatomopatológico, somente 4,4% dos cirurgiões pensaram neste tipo de diagnóstico e de 5,2% de lesões malignas, somente houve 1,5% de diagnósticos clínicos malignos. Por estes números podemos inferir que um grande número de lesões malignas ou com potencial maligno foram mal diagnosticadas ou ficaram sem diagnóstico clínico definido.

A tabela 28 que correlaciona lesões neoplásicas e não neoplásicas com o diagnóstico clínico corrobora que, assim como nas lesões palpebrais, nas lesões conjuntivais neoplásicas também houve grande número de diagnósticos indeterminados, dificultando a análise anatomopatológica e para não neoplásicas, a tendência também foi colocar diagnóstico benigno, fato previsível.

Analisando a tabela 29, nos casos anatomopatologicamente definidos como malignos, o que se torna preocupante é o fato de 71,4% destes casos ter sido registrado pelo cirurgião como diagnóstico indeterminado, porque se o cirurgião não tinha a hipótese de malignidade nestes casos, que posteriormente se comprovaram serem malignos, muito provavelmente não se preocupou com a retirada da lesão com margens de segurança. Somente 28,6% dos diagnósticos clínicos foram malignos e felizmente nenhum benigno ou ausente. Dos casos pré-malignos do exame histopatológico, 50,0% foram indeterminados, 25,0% foram benignos, somente 13,9% se confirmaram pré-malignos e ainda 11,1% não foi registrado nenhum diagnóstico. Se somarmos os diagnósticos indeterminados e ausentes, teremos 61,1% de não diagnóstico, índice também muito alto. Nas benignas,

também se verificou alto índice de indeterminados (50,0%) e ausentes (5,4%). Quarenta casos (43,5%) tiveram confirmação benigna e 01 caso (0,7%) foi clinicamente diagnosticado como pré-maligno e era benigno.

A correlação entre o diagnóstico clínico e o anatomopatológico quanto ao tipo histológico (tabela 30) foi de somente 29,6% de concordância e tivemos 64,4 % de casos discordantes.

Excluindo do *n* total os diagnósticos indeterminados e ausentes, teremos uma acurácia diagnóstica de 69,0% para os diagnósticos clínicos efetivos (tabela 32).

Quanto à malignidade, a correlação do diagnóstico clínico e histopatológico (tabela 31) foi de 34,8% de concordância, maior do que quanto ao tipo, pois é mais fácil diagnosticar se uma lesão é benigna ou maligna do que o seu tipo histológico, que demanda um maior conhecimento de patologia clínica.

Excluindo indeterminados e ausentes, temos 81,0% de acurácia nos diagnósticos clínicos efetivos (tabela 33).

Com relação aos diagnósticos anatomopatológicos relacionados com as margens cirúrgicas verificadas (tabela 34), constatamos que dos casos malignos e pré-malignos, 57,1% dos malignos estavam com margens comprometidas e 36,1% dos pré-malignos, estatísticas estas que precisam ser melhoradas para o melhor manejo deste tipo de lesão, visando à cura ou melhora da qualidade de vida destes pacientes. Ações educacionais quanto ao maior conhecimento destas lesões e educativas quanto ao preenchimento correto das solicitações de exames podem ser medidas que alcancem este fim.

Estudando as margens cirúrgicas desta vez relacionadas com os diagnósticos clínicos (tabela 35) constatamos que dos casos com margens comprometidas, 53,0% dos diagnósticos tinham sido indeterminados ou ausentes, e 41,2% tinham sido declarados pré-malignos ou malignos. Neste caso houve melhora em relação aos resultados de lesões palpebrais, mas persiste com alta porcentagem de diagnósticos indeterminados.

Schellini et al. (2005) relataram que as margens de ressecção cirúrgica estavam livres de tumor em 19,2% dos pacientes e comprometida também em

19,2%. Entretanto, na grande maioria dos espécimes, o material estava impróprio para o estudo das margens cirúrgicas apresentando margens duvidosas. Relatam ainda que a análise das margens cirúrgicas podem proporcionar melhor controle da doença.

Comentário importante também fez Huerva, Sánchez e Manges (2007) sobre OSSN ter tido recorrência em 53% quando as margens estavam comprometidas e em 5% quando as margens estavam livres.

Quanto à concordância do diagnóstico clínico quanto ao tipo histológico por lesão (tabela 36), a que teve maior número de casos com concordância diagnóstica foi pterígio com 11,11% dos 29,63% de concordância diagnóstica total, ou seja, mais de um terço das concordâncias, em segunda posição temos o granuloma com 3,70% e em terceira posição temos nevo e NIC, ambas com 2,96%. Como 100% dos diagnósticos conjuntivais são feitos por oftalmologistas e estes conhecem bem a patologia pterígio, esta foi a que teve maior frequência de concordâncias diagnósticas. Quanto à malignidade evidenciada na tabela 37, o maior número de concordâncias diagnósticas também foi para pterígio com 11,11%, seguida de granuloma com 5,93% e nevo com 4,44% dos 34, 81% de concordância diagnóstica total.

No caso de lesões conjuntivais, os oftalmologistas foram responsáveis pela realização de 100% dos procedimentos cirúrgicos desta localização. Destes somente 34,8% acertaram os diagnósticos clínicos quanto à malignidade (tabela 37).

Na análise quanto ao sexo, quase não houve diferença entre o masculino e o feminino com 53,3 % e 46,7% respectivamente (tabela 38).

Analisando estatisticamente o apêndice I, podemos inferir que existem diferenças significantes entre os médicos que acertaram os diagnósticos clínicos quanto à malignidade. Houve cinco médicos que tiveram porcentagens de acerto muito parecidos (entre 10,0% e 12,5%) e vários que não acertaram nenhum diagnóstico.

Quanto aos erros diagnósticos evidenciados na mesma tabela, destaca-se que um médico teve grande porcentagem de erros (17,20%), destacando-se dos demais e cinco médicos não erraram nenhum diagnóstico, estes últimos

possivelmente devido à sua expertise ou devido ao fato de terem um n muito pequeno. Evidenciou-se também que existem diferenças estatisticamente significantes entre os médicos que erraram os diagnósticos clínicos quanto à malignidade.

Através da tabela 39 podemos verificar que o pterígio foi a que teve maior concordância (45,0%) devido ao conhecimento desta patologia pelos médicos oftalmologistas. O diagnóstico “tumor de conjuntiva” como era de se esperar teve a maior discordância (70,1%), devido ao grande número de casos registrados com este tipo de diagnóstico inespecífico. Pelo teste do qui-quadrado ($p < 0,0001$), tanto com relação à alta concordância quanto à alta discordância, houve diferenças estatisticamente significantes entre estas concordâncias ou discordâncias nos diagnósticos quanto ao tipo histológico da lesão.

Em vista dos resultados avaliados e discutidos no presente estudo e da divulgação destes dados, sinalizamos a necessidade de que a sociedade ou os médicos especialistas executem novos trabalhos com fins informativos e educação continuada e permanente sobre estas lesões e seus diagnósticos.

7 CONCLUSÕES

Concluimos quanto à correlação do diagnóstico clínico com o respectivo anatomopatológico de lesões palpebrais e conjuntivais que há baixa concordância diagnóstica e alto índice de indeterminação, o que sugere a necessidade de maior disseminação do conhecimento destas patologias ou a transferência de responsabilidade diagnóstica dos cirurgiões para o patologista.

As lesões palpebrais benignas mais freqüentes foram nevo, calázio e hidrocistoma; a pré-maligna foi queratose actínica e a maligna foi carcinoma basocelular. Com relação às lesões conjuntivais, as benignas mais freqüentes foram nevo, pterígio e granuloma; a pré-maligna foi neoplasia intraepitelial conjuntival e a maligna foi carcinoma espinocelular.

Relacionando margens cirúrgicas e diagnósticos clínicos quanto à malignidade, concluimos, no caso de lesões palpebrais, que houve alta indeterminação diagnóstica e baixa suspeição maligna, sugerindo que os cirurgiões tiveram pouca preocupação com o preenchimento das solicitações de exames e não se atentaram para uma possível malignidade das lesões com conseqüente necessidade de retirada com margens de segurança. Com relação às lesões conjuntivais, concluimos que houve alto índice de diagnósticos indeterminados e pré-malignos e baixo índice de benignos sugerindo que para este tipo de lesão os cirurgiões se atentaram para o risco de malignidade, porém tiveram também pouca preocupação com o preenchimento das solicitações dos exames.

Quanto ao tipo histológico de lesões palpebrais, os especialistas que obtiveram a maior freqüência de acertos foram dermatologistas e cirurgiões de cabeça e pescoço e de erros foram cirurgiões plásticos e oncologistas. Quanto à malignidade das lesões palpebrais, os que obtiveram a maior freqüência de acertos foram dermatologistas e oncologistas e de erros cirurgiões plásticos e cirurgiões gerais. Neste aspecto, não se pôde concluir sobre as lesões conjuntivais, pois todos os médicos eram oftalmologistas.

A acurácia do diagnóstico clínico de lesões palpebrais foi de 73,2% quanto ao tipo histológico e 93,8% quanto à malignidade e de conjuntivais de 69,0% e 81,0% respectivamente.

8 REFERÊNCIAS

Abraham LM, Selva D, Casson R, Leibovitch I. Mitomycin: clinical applications in ophthalmic practice. *Drugs*. 2006; 66(3): 321-40.

Akpek EK, Polcharoen W, Chan R, Foster CS. Ocular surface neoplasia masquerading as chronic blepharoconjunctivitis. *Cornea*. 1999; 18(3): 282-88.

Alves MR, Victor G. O tratamento do pterígio. *Rev Bras Oftalmol*. 2005; 64(5): 351-62.

American Academy of Ophthalmology – Orbit, Eyelids, and Lacrimal System. Seção 7 (2007-2008). San Francisco: Lifelong Education for the Ophthalmologist; 2007.

Anastassiou G, Heiligenhaus A, Bechrakis N, Bader E, Bornfeld N, Steuhl K. Prognostic value of clinical and histopathological parameters in conjunctival melanomas: a retrospective study. *Br J Ophthalmol*. 2002; 86: 163-67.

Classification and Management of Eyelid Disorders. In: Orbit, Eyelids, and Lacrimal System. San Francisco: American Academy of Ophthalmology. 2007-2008.

Amoli FA, Heidari AB. Survey of 447 patients with conjunctival neoplastic lesions in Farabi Eye Hospital, Tehran, Iran. *Ophthalmic Epidemiology*. 2006; 13: 275-79.

Aoki S, Kubo E, Nakamura S, Tsuzuki A, Tsuzuki S, Takahashi. Possible prognostic markers in conjunctival dysplasia and squamous cell carcinoma. *Jpn J Ophthalmol*. 1998; 42: 256-61.

Bagatin E, Enokihara MY, Souza PK, Macedo FS. Xantelasma: experiência no tratamento de 40 pacientes. *An Bras Dermatol*, Rio de Janeiro. 2000; 75(60): 705-13.

Bandeira AM, Bandeira V, Silva JF, Mazza E. Carcinomas basocelulares: estudo clínico e anatomopatológico de 704 tumores. *An Bras Dermatol*. Rio de Janeiro. 2003; 78(1): 23-34.

Ballalai PL, Gomes JAP, Santos MS, Freitas D, Erwenne CM, Rigueiro M. Uso de mitomicina C tópico no tratamento da neoplasia intra-epitelial córneo-conjuntival e carcinoma espinocelular conjuntival: resultados preliminares. *Arq Bras Oftalmol*. 2003; 66:559-62.

Bessa HJF, Potting MHR, Bomfim MG. Neoplasias conjuntivais. *Rev Bras Oftalmol*. 1997; 56(10): 765-70.

Cabral, LS. A instabilidade genômica como fator prognóstico e diagnóstico na progressão de queratose actínica para carcinoma espinocelular humano. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/-teses/disponiveis/5/5160/tde-20082007-153619/>> Acesso em: 06 fev 2010.

Carvalho-Rêgo PR, Gomes JAP, Ballalai PL, Cunha MC, SousaLB, Erwenne CM. Membrana amniótica na reconstrução da superfície ocular após exérese de carcinoma de células escamosas da conjuntiva. *Arq Bras Oftalmol.* 2008; 71(1): 22-7.

Chaves AP, Gomes JAP, Höfling-Lima AL. Alterações oculares induzidas pela quimioterapia. *Arq Bras Oftalmol.* 2007; 70(4): 718-25.

Choi J, Kim M, Park HS, Lee SY. Clinical follow-up of conjunctival malignant melanoma. *Korean J Ophthalmol.* 2005; 19(2): 91-95.

Cockerham GC, Jakobiec FA. Lymphoproliferative disorders of the ocular adnexa. *Intern Ophthalmol Clinics.* 1997; 37(4): 39-59.

Cotran RS, Kumar V, Robbins SL. Robbins Patologia Estrutural e Funcional. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1991.

Desjardins L, Poncet P, Levy C, Schlienger P, Asselain B, Validire P. Facteurs pronostiques du melanoma malin de la conjonctive. *J Fr Ophthalmol.* 1999; 22(3): 315-21.

Esmaeli B. Patterns of local recurrence, regional nodal and distant metastasis, and survival after globe preserving surgery for conjunctival and eyelid melanomas. *J Clin Oncol.* 2008; 26.

Finger, PT. Topical mitomycin chemotherapy for malignant conjunctival and corneal neoplasia. *Br J Ophthalmol.* 2006; 90: 807-9.

García BE, Botella-Estrada R. Lesiones melanocíticas (nervos y melanomas) em atención primaria. *Jano.* 2009; 1740: 49-56. Disponível em: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1740/49/00490056_LR.pdf> Acesso em 02 dez 2009.

Geist CE. Benign Epithelial Tumors. In: Albert DM, Jakobiec FA. Principles and Practice of Ophthalmology. 2nd ed. Pennsylvania: W.B. Saunders Company, 2000. 3350-60.

Gruppenmacher L, Nico Sobrinho JR, Vieira AIC, Kuntz J. Incidência de tumores palpebrais no setor de plástica ocular da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. *Rev Bras Oftalmol.* 2006; 65(6): 333-7.

Heal CF, Raasch BA, Buettner OG, Weedon D. Accuracy of clinical diagnosis of skin lesions. *Brit J Dermatology*. 2008; 159: 661-668.

Hirst LW. Randomized controlled trial of topical mitomycin C for ocular surface squamous neoplasia. *Ophthalmology*. 2007; 114(5): 976-82.

Honavar SG, Shields CL, Maus M, Shields JA, Demirci H, Eagle Jr RC. Primary intraepithelial sebaceous gland carcinoma of the palpebral conjunctiva. *Arch Ophthalmol*. 2001; 119: 764-67.

Huerva V, Mateo AJ, Mangues I, Jurjo C. Short-term mitomycin C followed by long-term interferon α -2 β for conjunctiva-cornea intraepithelial neoplasia. 2006; 25(10): 1220-23.

Huerva V, Sánchez C, Mangues I. Tumor-volume increase at beginning of primary treatment with topical interferon alpha-2 β in a case of conjunctiva-cornea intraepithelial neoplasia. *Journal of Ocular Pharmacology and therapeutics*. 2007; 23(2): 143-45.

Ishi LA, Marques MEA, Pereira IC, Padovani CR, Schellini AS. Carcinoma basocelular de pálpebra: fatores relacionados com a recidiva tumoral. *An Bras Dermatol*. Rio de Janeiro. 2004; 79(4): 423-30.

Kane SV. Symposium on ophthalmic cytology: role of scrape cytology in the diagnosis of ocular surface squamous neoplasia. *Journal of Cytology*. 2007; 24(1): 22-26.

Keizer RJW, Wolff-Rouendaal D. Topical α -interferon in recurrent conjunctival papilloma. *Acta Ophthalmol*. 2003; 81: 193-96.

Kersten RC, Ewing-Chow D, Kulwin DR. Accuracy of clinical diagnosis of cutaneous lesions. *Ophthalmology*. 1997; 104(3): 479-484.

Khong JJ, Muecke J. Complications of mitomycin C therapy in 100 eyes with ocular surface neoplasia. *J Ophthalmol*. 2006; 90: 819-22.

Kiire CA, Dhillon B. The aetiology and associations of conjunctival intraepithelial neoplasia. *Br J Ophthalmol*. 2006; 90: 109-113.

Lee SB, Saw SM, Eong KGA, Chan TK, Lee HP. Incidence of eyelid cancers in Singapore from 1968 to 1995. *Br J Ophthalmol*. 1999; 83: 595-97.

Leite EMD. Dicionário Digital de Termos Médicos 2007. Disponível em: http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_0001_aa.php. Acessado em 13/09/2010.

Levecq L, Potter P, Jamart J. Conjunctival nevi: clinical features and therapeutic outcomes. *Ophthalmology*. 2009; 117(1): 35-40.

Lima CGM, Veloso JCB, Tavares AD, Jungman P, Vasconcelos AA. Método citológico e histopatológico no diagnóstico das lesões da conjuntiva: estudo comparativo. *Arq Bras Oftalmol*. 2005; 68(5): 623-6.

Lopes EK, Gallo HJP. Neoplasias da Conjuntiva. *Arq Penido Burnier*. 2008; 50(1): 64-68.

Lucci LMD, Baldin AC, Fonseca Jr NL, Rehder JRCL. Retalho miocutâneo bipediculado para correção do ectrópio cicatricial. *Arq Bras Oftalmol*. 2006; 69(2): 187-92.

Mantese SAO, Gomides MDA, Berbert ALC, Rocha A. Carcinoma basocelular: análise de 300 casos observados em Uberlândia – MG. *An Bras Dermatol*. 2006; 81(2): 136-42.

Marbach EF, Cardoso C, Moitinho LM, Marbach RL. Estudo clínico-patológico do pilomatrixoma palpebral: experiência no Hospital Universitário Prof. Edgard Santos. *Arq Bras Oftalmol*. 2007; 70(3): 501-3.

Margo CE. Eyelid tumors: accuracy of clinical diagnosis. *Am J Ophthalmology*. 1999: 635-636.

McLean IW, Burnier MN, Zimmerman, LE, Jakobiec FA. Tumors of the Eyelid. In: *Atlas of Tumors Pathology: Tumors of Eye and Ocular Adnexa*. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1993. p. 7-47.

McKelvie PA, Daniell M, McNab A, Loughnan M. Squamous cell carcinoma of the conjuntiva: a series of 26 cases. *Br J Ophthalmol*. 2002; 86: 168-73.

Messina MCL, Valente NYS, Castro LGM. É a biópsia incisional útil na classificação dos carcinomas basocelulares? *An Bras Dermatol*. 2006; 81(5): 443-8.

Michalany J. Técnica histológica em anatomia patológica. São Paulo: Michalany, 1998. xvi, 295.

Moraes AM, Velho PENF, Magalhães RF. Criocirurgia com nitrogênio líquido e as dermatoses infecciosas. *An Bras Dermatol*. 2008; 83(4): 285-98.

Nasse N. Epidemiologia dos carcinomas basocelulares em Blumenau, SC, Brasil, de 1980 a 1999. *An Bras dermatol*. 2005; 80(4): 363-8.

Nemet AY, Sharma V, Benger R. Interferon α 2b treatment for residual ocular surface squamous neoplasia unresponsive to excision, cryotherapy and mitomycin-C. *CI Exp Ophthalmol*. 2006; 34: 375-82.

Oliveira CAS, Barros JN, Souza SB, Cvintal T, Schellini SA. Melanose da margem palpebral com suspeita de malignidade: relato de caso. *Arq Bras Oftalmol.* 2009; 72(5): 706-9.

Özdam PC, Coderè F, Callejo S, Caissie A, Burnier MN. Accuracy of the diagnosis of chalazion. *Nature.* 2004; 18: 135-138.

Perdigão FB et al. Conjunctival keratoacanthoma: case report. *Rev Hosp Clín Fac Med S Paulo.* 2004; 59(3): 135-37.

Pompeu ACL, Arap S, Silva MNR, Monteiro DS. Ocular metastasis as presentation of renal cell carcinoma: report of 2 cases. *Clinics.* 2005; 60(1): 75-78.

Riedel KG, Beyer-Machule CK. Basal Cell Carcinoma. In: Albert DM, Jakobiec FA. *Principles and Practice of Ophthalmology.* 2nd ed. Pennsylvania: W.B. Saunders Company, 2000. 3350-60.

Rodrigues LD, Shiratori CA, Schellini SA, Marques MEA, Padovani CR. Tumores conjuntivais benignos: ocorrência na região de Botucatu. *Rev Bras Oftalmol.* 2000; 59(12): 883-86.

Salomon J, Bieniek A, Baran E, Szepietowski JC. Basal cell carcinoma on the eyelids: on experience. *Dermatol Surg.* 2004; 30: 257-63.

Santo RM, Bordon PB, Schellini AS, Erwenne CM. Tumores da Superfície Ocular. In: Gomes JAP, Alves MR. *Superfície ocular: córnea, limbo, conjuntiva, filme lacrimal.* Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2006. p. 91-108.

Santos LAS, Barbosa RL, Sousa LB. Neoplasia intra-epitelial córneo-conjuntival (NIC): relato de um caso atípico. *Arq Bras Oftalmol.* 2004; 67(5): 819-21.

Schellini SA, Marques MEA, Milanezi MFG, Bacchi CE. Conjunctival Keratoacanthoma. *Acta Ophthalmol. Scand* 1997; 75:335-337.

Schellini SA, Pinto APC, Castilho CN, Achilles AB, Padovani CR, Marques MEA. Hidrocistoma écrino e apócrino na pálpebra: casuística na Faculdade de Medicina de Botucatu – São Paulo. *An Bras Dermatol, Rio de Janeiro.* 2001; 76(3): 1-6.

Schellini SA, Veloso CER, Lopes W, Padovani CR, Padovani CRP. Características de portadores de pterígio na região de Botucatu. *Arq Bras Oftalmol.* 2005; 68(3): 291-94.

Schellini SA, Matai O, Shiratori C, Marques MEA, Oliveira Jr B, Padovani CR. Lesões epiteliais malignas da conjuntiva e recidiva tumoral: estudo retrospectivo. *Rev Bras Oftalmol.* 2005; 64(2): 71-76.

Scott KR, Kronish JW. Premalignant Lesions and Squamous Cell Carcinoma. In: Albert DM, Jakobiec FA. Principles and Practice of Ophthalmology. 2nd ed. Pennsylvania: W.B. Saunders Company, 2000. p. 3369-81.

Shields CL et al. Conjunctival melanoma. Arch Ophthalmol. 2000; 118: 1497-1507.

Shields CL, Shields JA, Honavar SG, Demirci H. clinical spectrum of primary ophthalmic rhabdomyosarcoma. Ophthalmology. 2001; 108(12): 2284-2292.

Shields CL, Shields JA. Tumors of the conjunctival and cornea. Surv Ophthalmol. 2004; 49(1): 3-24.

Shields JA et al. Primary Acquired melanosis of the conjunctiva: risks for progression to melanoma in 311 eyes. Ophthalmol. 2008; 115(3): 511-19.

Soares LHS, Bello CV, Reis AKL, Nunes RR, Mason EM. Tumores Malignos da Pálpebra. Arq Bras Oftalmol 2001; 64: 287-9.

Sociedade Brasileira de Dermatologia. Análise de dados das campanhas de prevenção ao câncer da pele promovidas pela Sociedade Brasileira de dermatologia de 1999 a 2005. Rio de Janeiro: An Bras dermatol. 2006; 81(6): 533-9.

Stannard CE et al. Malignant Melanoma of the Eyelid and palpebral conjunctiva treated with Iodine-125 brachytherapy. Ophthalmology. 2000; 107(5): 951-58.

Sugano DM, Lucci LMD, Ávila MP, Rehder JRCL, Pettinati J. Tricoepitelioma palpebral: relato de 2 casos. Arq Bras Oftalmol. 2005; 68(1): 136-9.

Sugiura M, Colby KA, Mihm Jr MC, Zembowicz A. Low-risk and high risk histologic features in conjunctival primary acquired melanosis with atypia: clinicopathologic analysis of 29 cases. Am J Surg Pathol. 2007; 31(2): 185-92.

Suzuki J et al. Clinicopathologic and immunogenetic analysis of mucosa-associated lymphoid tissue lymphomas arising in conjunctiva. Jpn j Ophthalmol. 1999; 43: 155-61.

Tornesello ML, Duraturo ML, Waddell KM, Biryahwaho B, Downing R, Balinandi S, Lucas SB. Evaluating the role of human papillomavirus in conjunctival neoplasia. British Journal of Cancer. 2006; 94: 446-49.

Tuomaala S, Eskelin S, Tarkkanen A, Kivelä AT. Population-based assessment of clinical characteristics predicting outcome of conjunctival melanoma in whites. IOVS. 2002; 43(11): 3399-3408.

Vieira CGL, Guimarães CS, Assis CPS, Agostini Netto J. Arq Bras Oftalmol. 2000; 63(5): 395-97.

Whittaker KW, Trivedi D, Bridger J, Sandramouli S. Ocular surface squamous neoplasia: report of an unusual case and review of the literature. *Orbit*. 2002; 21(3): 209-15.

Yamamoto N, Ohmura T, Suzuki H, Shirasawa H, Successful treatment with 5-fluorouracil of conjunctival intraepithelial neoplasia refractive to mitomycin-C. *Ophthalmol*: 2002; 109: 249-52.

Yang J, Foster CS. Squamous Cell Carcinoma of the Conjunctiva. *Int Ophthalmol Clin* 1997; 37(4): 73-85.

Yoon JS, Ma KT, Kim SJ, Kook K, Lee SY. Prognosis for Patients in a Korean Population with Ocular Adnexal Lymphoproliferative Lesions. *Ophtalmic Plastic and Reconstructive Surgery* 2007; 23(2): 94-99.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Número LAC: _____

Nome do paciente: _____

Data da solicitação: _____

Médico solicitante: _____

Especialidade do médico solicitante: _____

Localização do tumor: () pálpebra () conjuntiva

Diagnóstico clínico: _____

Diagnóstico clínico: () benigno () maligno () pré-maligno () indeterminado
() ausente

Data do exame anatomopatológico: _____

Diagnóstico anatomopatológico: _____

Diagnóstico anatomopatológico: () benigno () maligno () pré-maligno
() indeterminado

Margens cirúrgicas: () livres () comprometidas () não avaliáveis () não se aplica

APÊNDICE B – Ofício de autorização

OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO

Of s/n

Campo Grande, 01 de abril de 2009.

De Edilberto Lima Falleiros

Ao Sr. Diretor do Laboratório de Anatomia Patológica e Citopatologia - LAC

Assunto: Solicitação de Autorização.

1. Solicito a V.Sa., conforme orientado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFMS, autorização para realizar em sua Instituição a pesquisa intitulada *“Correlação entre diagnóstico clínico e anatomopatológico de neoplasias palpebrais e conjuntivais e estudo de sua freqüência em serviços públicos e privados de Campo Grande – MS”*, tratando-se de uma pesquisa em Banco de Dados de resultados de exames anatomopatológicos em peças cirúrgicas de diversos hospitais públicos de Campo Grande. Informo ainda que não haverá a utilização de sujeitos de pesquisa.

EDILBERTO LIMA FALLEIROS

Pesquisador

Ciente e de acordo:

MAÇANORI ODASHIRO

Diretor do LAC

APÊNDICE C - Solicitação de dispensa de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Campo Grande, 01 de Abril de 2009.

De: Edilberto Lima Falleiros

Ao: Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFMS

Solicitação de Dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Edilberto Lima Falleiros, CPF 614629421-72, RGA N° 2008.1.10200001-010, pesquisador e mestrando desta Universidade, solicito dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) na pesquisa intitulada “*Correlação entre diagnóstico clínico e anatomopatológico de neoplasias palpebrais e conjuntivais e estudo de sua freqüência em serviços públicos de Campo Grande – MS*”, por se tratar de uma pesquisa em Banco de Dados, sem a utilização de sujeitos de pesquisa. Incluso no processo encaminhado ao Comitê de Ética, enviei também o Ofício de autorização de utilização do Banco de Dados, emitido pela autoridade responsável pela Instituição onde ocorrerá a pesquisa.

Atenciosamente,

Edilberto Lima Falleiros

APÊNDICE D – Termo de compromisso para utilização de dados**TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS**

O pesquisador do projeto de pesquisa intitulado “Correlação entre diagnóstico clínico e anatomopatológico de neoplasias palpebrais e conjuntivais e estudo de sua frequência em serviços públicos de Campo Grande (MS)” se compromete a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em requisições e resultados de exames anatomopatológicos de bases de dados do LAC – Laboratório de Anatomia Patológica e Citopatologia. Concorde, e assume a responsabilidade, de que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. Compromete-se ainda a fazer divulgação das informações coletadas somente de forma anônima.

Campo Grande , 19 de maio de 2009.

Nome do Pesquisador	Assinatura
Edilberto Lima Falleiros	

APÊNDICE E – Declaração de retorno de pesquisa para as instituições envolvidas**DECLARAÇÃO DE RETORNO DE PESQUISA PARA AS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

O pesquisador do projeto de pesquisa intitulado "Correlação entre diagnóstico clínico e anatomopatológico de neoplasias palpebrais e conjuntivais e estudo de sua frequência em serviços públicos de Campo Grande (MS)" se compromete a fornecer retorno da pesquisa na forma de relatório contendo os resultados obtidos para a Direção Geral das Instituições envolvidas direta ou indiretamente na mesma, quais sejam Hospital Universitário da UFMS, Sociedade Beneficente de Campo Grande – Santa Casa, Hospital São Julião e LAC – Laboratório de Anatomia Patológica e Citopatologia.

Campo Grande , 19 de maio de 2009.

Nome do Pesquisador	Assinatura
Edilberto Lima Falleiros	

APÊNDICE H – Resultados da comparação de acertos ou erros entre os médicos especialistas em lesões palpebrais

<i>Médicos especialistas x acertos/erros diagnósticos</i>	NÃO (ERROS)	NÃO SE APLICA	SIM (ACERTOS)
A1	1.0%	0.0%	0.0%
A2	0.0%	0.0%	1.4%
A4	0.0%	0.0%	1.4%
B1	11.7%	4.2%	0.0%
B2	2.4%	8.3%	0.0%
B3	0.0%	0.0%	1.4%
C1	0.5%	0.0%	0.0%
C2	1.0%	0.0%	0.0%
C3	1.0%	0.0%	0.0%
D1	16.1%	4.2%	0.0%
D2	0.0%	0.0%	1.4%
D3	0.0%	4.2%	0.0%
E1	2.0%	0.0%	0.0%
E3	0.0%	0.0%	1.4%
F1	4.9%	0.0%	62.0%
F3	0.5%	0.0%	0.0%
G1	4.4%	0.0%	0.0%
G3	0.5%	0.0%	0.0%
H1	0.5%	0.0%	0.0%
H2	0.5%	0.0%	0.0%
H3	0.0%	0.0%	1.4%
I1	8.8%	4.2%	5.6%
I3	0.0%	0.0%	4.2%
J1	1.0%	0.0%	0.0%
J2	0.0%	0.0%	1.4%
J3	1.0%	0.0%	0.0%
K1	3.4%	0.0%	0.0%
K2	0.5%	0.0%	0.0%
K3	0.0%	0.0%	1.4%
L1	1.0%	41.7%	1.4%
L3	1.5%	0.0%	1.4%
M1	1.0%	0.0%	0.0%
M2	0.5%	0.0%	0.0%
M3	0.5%	0.0%	0.0%
N1	0.5%	0.0%	4.2%
N3	0.5%	0.0%	0.0%
O1	0.5%	0.0%	0.0%
O3	0.5%	0.0%	0.0%
P1	1.0%	0.0%	0.0%
P3	0.5%	0.0%	0.0%
Q1	0.5%	0.0%	1.4%
Q2	1.0%	4.2%	0.0%
Q3	0.5%	0.0%	0.0%
R1	0.5%	0.0%	1.4%
R2	2.4%	4.2%	0.0%
R3	0.5%	0.0%	0.0%
S1	0.5%	0.0%	0.0%
S3	0.0%	4.2%	0.0%
T1	5.4%	12.5%	0.0%
T3	0.0%	0.0%	1.4%
U1	4.4%	0.0%	1.4%
U3	0.5%	0.0%	0.0%
V1	4.9%	0.0%	0.0%
V2	1.0%	0.0%	0.0%
V3	0.5%	0.0%	0.0%
W1	2.0%	0.0%	1.4%
W2	0.5%	4.2%	0.0%
W3	1.0%	0.0%	0.0%
X1	0.5%	0.0%	0.0%
X2	0.0%	4.2%	0.0%
X3	1.0%	0.0%	0.0%
Y1	0.5%	0.0%	2.8%
Y2	0.5%	0.0%	0.0%
Y3	0.5%	0.0%	0.0%
Z1	1.0%	0.0%	0.0%
Z2	0.5%	0.0%	0.0%
Z3	0.5%	0.0%	0.0%
TOTAL	100%	100%	100%

APÊNDICE I – Resultados da comparação de acertos ou erros entre os médicos especialistas em lesões conjuntivais

<i>Médicos especialistas x acertos/erros diagnósticos</i>	<i>NÃO (ERROS)</i>	<i>NÃO SE APLICA</i>	<i>SIM (ACERTOS)</i>
B1	8.0%	0.0%	5.0%
B2	9.2%	12.5%	0.0%
C2	1.1%	0.0%	2.5%
D1	5.7%	25.0%	2.5%
D2	4.6%	0.0%	0.0%
E1	1.1%	0.0%	0.0%
E2	0.0%	0.0%	2.5%
F1	1.1%	0.0%	12.5%
F2	2.3%	0.0%	0.0%
G1	8.0%	0.0%	0.0%
G2	0.0%	0.0%	12.5%
H2	2.3%	0.0%	0.0%
I1	4.6%	0.0%	10.0%
I2	3.4%	0.0%	0.0%
J1	1.1%	0.0%	0.0%
J2	3.4%	0.0%	10.0%
K1	1.1%	0.0%	2.5%
K2	1.1%	0.0%	2.5%
L1	1.1%	37.5%	2.5%
L2	0.0%	0.0%	2.5%
M1	1.1%	0.0%	2.5%
M2	1.1%	0.0%	5.0%
N1	2.3%	0.0%	0.0%
N2	1.1%	0.0%	2.5%
O2	0.0%	0.0%	2.5%
P2	2.3%	12.5%	2.5%
Q2	0.0%	12.5%	0.0%
R1	5.7%	0.0%	2.5%
R2	2.3%	0.0%	0.0%
S2	0.0%	0.0%	2.5%
T1	17.2%	0.0%	0.0%
T2	1.1%	0.0%	0.0%
U1	3.4%	0.0%	2.5%
U2	1.1%	0.0%	0.0%
V2	0.0%	0.0%	10.0%
Y1	1.1%	0.0%	0.0%
TOTAL	100%	100%	100%

ANEXO

ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS



Carta de Aprovação

A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 1417 do Pesquisador Edilberto Lima Falleiros intitulado "Correlação entre diagnóstico clínico e anatomopatológico de neoplasias palpebrais e conjuntivais e estudo de sua frequência em serviços públicos de Campo Grande-MS", foi revisado em reunião ordinária no dia 24 de setembro de 2009, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.

Prof. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos
Coordenador em exercício do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 25 de setembro de 2009.

Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
<http://www.propp.ufms.br/bioetica/cep/>
bioetica@propp.ufms.br
fone 0XX67 345-7187