



MELANOMA DE CARÚNCULA - RARIDADE EPIDEMIOLÓGICA E DESAFIO TERAPÊUTICO

Jaqueline Azevedo Leão

Aline Pimentel de Miranda

Rodrigo Dechichi Zuppi

Juliana Ishii Iguma

Melanoma de Carúncula - Raridade Epidemiológica e Desafio Terapêutico

Autores: Jaqueline Azevedo Leão, Aline Pimentel de Miranda, Rodrigo Dechichi Zuppi; Juliana Ishii Iguma
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMPs)

INTRODUÇÃO

O melanoma conjuntival representa 1,6% dos melanomas não cutâneos e 2% das neoplasias oculares, predominando em indivíduos brancos entre 55 e 70 anos¹. Lesões malignas da carúncula são excepcionalmente raras e pouco descritas. Levy et al. revisaram 42 lesões carunculares, com apenas dois casos malignos — nenhum melanoma². Gounder et al., em série com 281 biópsias, identificaram apenas 10 malignidades, incluindo raros melanomas³. A escassez de dados reforça a importância da divulgação de casos para reconhecimento e manejo adequado dessa apresentação incomum.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 53 anos, procurou o Pronto Socorro Oftalmológico da Santa Casa de São Paulo devido ao aparecimento de uma lesão conjuntival na região caruncular do olho direito, com crescimento progressivo ao longo de 6 meses. Relatava episódios frequentes de sangramento associado. O paciente não apresentava histórico de cirurgias oftalmológicas prévias ou uso de colírios. No exame oftalmológico, a acuidade visual sem correção era de 0,9 no olho direito (OD) e 0,7 no olho esquerdo (OE). À ectoscopia, observava-se uma lesão violácea, crostosa e pedunculada na região caruncular do olho direito (Figuras 1 e 2). Na biomicroscopia, evidenciou-se presença de vasos na base da lesão, que media aproximadamente 6,0 x 5,5 mm, além de proliferação fibrovascular nasal. Não foram observados outros achados relevantes na biomicroscopia anterior e a fundoscopia estava dentro dos padrões normais. Devido ao aspecto suspeito da lesão, foram solicitados exames complementares, incluindo ultrabiomicroscopia (UBM) e ressonância magnética (RM) de órbitas. A RM demonstrou uma lesão nodular localizada medialmente ao globo ocular, com densidade de partes moles, sem acometimento intraorbitário. O UBM realizado em nosso serviço evidenciou uma lesão sólida, pedunculada, irregular, com alta refletividade e sombreamento acústico posterior, medindo 7,85 mm no diâmetro axial vertical e 7,62 mm no horizontal (Figura 3). A avaliação da infiltração nos planos posteriores foi comprometida pela atenuação do som devido à própria lesão. Foi indicada intervenção cirúrgica para exérese da lesão, com margem de segurança e recobrimento com membrana amniótica (Figuras 4 e 5). A peça foi encaminhada para análise anatomo-patológica, que revelou melanoma maligno ulcerado. O paciente segue em acompanhamento pós-operatório no setor de plástica ocular e córnea, com evolução satisfatória até o momento da publicação deste trabalho.



Figura 1: ectoscopia do paciente



Figura 2: ectoscopia do paciente

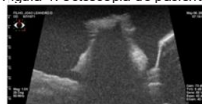


Figura 3: UBM da lesão



Figura 5: aspecto da lesão no intraoperatório



Figura 4: aspecto da lesão

DISCUSSÃO

Neste caso, optou-se pela preservação do globo ocular com exérese ampla da lesão e recobrimento da área ressecada com membrana amniótica. Esse enxerto atua como substrato biológico para regeneração da superfície ocular, além de reduzir o risco de deficiência de células-tronco limbares e a resposta inflamatória pós-operatória⁴. Outra vantagem relevante é sua transparência, que facilita o monitoramento de possíveis recorrências da lesão melanocítica². O melanoma conjuntival apresenta mortalidade estimada em até 30% em 10 anos⁵. A localização não bulbar, como na carúncula, é considerada fator de pior prognóstico⁶, frequentemente associada à necessidade futura de exenteração orbitária. Por isso, mesmo com boa evolução inicial, o seguimento clínico rigoroso é essencial, dada a possibilidade de recorrência e necessidade de novas intervenções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scotto J, Fraumeni JF Jr, Lee JA. Melanomas of the eye and other noncutaneous sites: epidemiologic aspects. *J Natl Cancer Inst.* 1976;56(3):489-2. Char DH. The management of lid and conjunctival malignancies. *Surv Ophthalmol.* 1980;24(6):679-89.
2. Seregard S, Kock E. Conjunctival malignant melanoma in Sweden 1969-91. *Acta Ophthalmol (Copenh).* 1992;70(3):289-96.
3. Novais GA, Karp LC. Melanoma maligno conjuntival. *Arq Bras Oftalmol.* 2012;75(4):e1-e4.
4. Gounder P, Selva D, Rajak SN. Malignant lesions of the caruncle. *Eye (Lond).* 2023;37:849-57.
5. Luthra CL, Dohanas MT, Green WR. Clinical pathological review. *Surv Ophthalmol.* 1978;23:183-95.
6. Levy J, Iisar M, Deckel Y, et al. Lesions of the caruncle: a description of 42 cases and a review of the literature. *Eye (Lond).* 2009;23:1004-18.
7. Folberg R, Jakobiec FA, Bernardino VB, Iwamoto T. Benign conjunctival melanocytic lesions: clinicopathologic features. *Ophthalmology.* 1989;96(4):436-46.
8. Espana EM, Prabhasawat P, Grueterich M, Solomon A, Tseng SC. Amniotic membrane transplantation for reconstruction after excision of large ocular surface neoplasias. *Ophthalmology.* 2002;109(3):564-70.
9. Paridaens AD, McCartney AC, Mianassis DC, Hungerford JL. Orbital exenteration in 95 cases of primary conjunctival malignant melanoma. *Br J Ophthalmol.* 1994;78(7):520-8