

## OFTALMOLOGIA

TUMORES DE CONJUNTIVA  
(PRESENTACION DE CASO CLINICO)

Saylin Iturriaga Ros\*

**S U M M A R Y**

**The squamous cell carcinoma, is a malignant tumor of the conjunctiva, uncommon and with a slow progress. It is more common in older individuals and has relation with intraepithelial dysplasia and patients with xeroderma pigmentosum. Is important to establish a differentiation with others benign or malignant tumors of conjunctiva, for what is essential an early clinic emphasis for an adequate diagnosis and specialist therapy.**

**ABREVIATURAS**

AO = Ambos ojos  
OD = Ojo derecho  
OI = Ojo izquierdo  
UV = Ultravioletas  
NIC = Neoplasia Intraepitelial Conjuntival  
AV = Agudeza Visual  
HIV Virus Inmunodeficiencia Humana

AMC, 60 años, masculino, vecino de Limón. Antecedentes heredo familiares negativos; conocido hipertenso de larga evolución en tratamiento, además portador de dermatitis atópica y erupción polimórfica lumínica. Antecedentes quirúrgicos oculares: queratoplastía penetrante profunda en ojo derecho (OD) y trabeculectomía con bula de filtración en ojo izquierdo (OI). En antecedentes oculares, según datos del expediente clínico, es un paciente conocido portador de Glaucoma Absoluto con neovascularización corneal en ambos ojos (AO), tratado con betabloqueadores, inhibidores de anhidrasa carbónica y colinérgicos desde el año 1994. Además, se describe en consultas previas degeneración corneal total en AO y el OD en evolución a ptosis. El paciente consultó por molestias en el OI

de 7 meses de evolución, asociado a un trauma directo con su propia mano. Refiere comenzó a notar un crecimiento de una masa pequeña en forma progresiva, no asociaba dolor pero sí dificultad al cierre palpebral, ya que el tamaño de la lesión imposibilitaba su cierre total. A la inspección se describe una tumoración con abundantes vasos en su superficie que impresionaba estar pedunculada a la córnea, con secreciones blanquecinas abundantes en el fondo de saco inferior y ángulos interno y externo, de aproximadamente 3x2 cms. El fondo de ojo no es valorable por opacidad corneal en AO, así como una agudeza visual (AV) nula en AO. Seguidamente al paciente se le realiza una enucleación del globo ocular por probable tumor conjuntival gigante de origen maligno. Posteriormente el reporte de la

\* Medicina General.

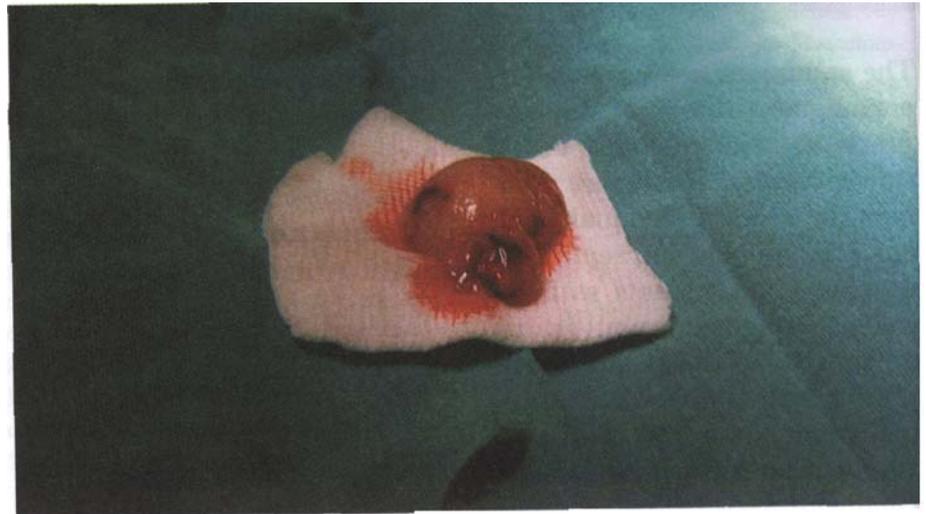
biopsia reporta que el examen histológico de la pieza corresponde a una neoplasia epitelial conformada por células escamosas bien diferenciadas, con moderado pleomorfismo nuclear y nucleolos eosinófilos prominentes, con figuras mitóticas anormales presentes en moderada cantidad que se asocia a un estroma densamente filtrado por células linfocíticas maduras. Además se identifican zonas con carcinoma epidermoide in situ localizadas en la región conjuntival con focos de invasión de la pared no mayores de 3 mm de espesor en ninguno de los componentes. El cuerpo ciliar y las estructuras de la cámara posterior incluyendo retina y además el nervio óptico no presentan compromiso tumoral. Concluyendo con el diagnóstico por patología de "Carcinoma de Células Escamosas Moderadamente Diferenciado, invasor a 3 mm de profundidad de la región conjuntival, con resección completa; relacionado con la bula de filtración (filtrante de la trabeculectomía) que se extendía sobre córnea periférica superior".

## R EVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Esta revisión tiene como objetivo hacer referencia a los tumores de conjuntiva, tomando en cuenta los múltiples factores que se asocian con su aparición. De igual manera se describirá la anatomía general de la conjuntiva con el propósito de lograr una mejor ubicación de las patologías descritas. Tomando en cuenta el caso clínico previo, se analizará las lesiones adquiridas benignas y malignas que afectan el epitelio conjuntival; con la intención de esclarecer diagnósticos diferenciales con el carcinoma de



1. Tumor de la conjuntiva gigante.



2. Enucleación del globo ocular.  
células escamosas de conjuntiva.

### Anatomía

La conjuntiva se divide histológicamente en: epitelio conjuntival y estroma o sustancia propia, los cuales están separados por una membrana basal. Se extiende desde el margen palpebral hacia la su-

perficie posterior del párpado (porción palpebral), hacia el fornix (porción fornical) y por la superficie anterior del globo ocular hasta el limbo (porción bulbar). Es una membrana mucosa transparente, formada por un epitelio escamoso no queratinizado y estratificado,

delgado y ricamente vascularizado. Posee células calciformes principalmente en la región del fornix y plica semilunares, excepto en la región límbica. Se encuentra superficial al estroma, el cual contiene vasos linfáticos, células plasmáticas, macrófagos, mastocitos, fibras de colágeno, vasos y nervios. La función de la conjuntiva es proteger el globo ocular y fundamentalmente dar lubricación al ojo y defensa de su superficie.

## **G** GENERALIDADES

Los tumores de conjuntiva pueden ser congénitos o adquiridos. Los adquiridos se dividen de acuerdo al origen del tumor en: epiteliales, subepiteliales y melanocíticos. A diferencia del resto de membranas mucosas del cuerpo, la conjuntiva es visible, lo cual permite que cualquier lesión sea generalmente diagnosticada en sus etapas tempranas. Existen factores de riesgo que promueven la aparición así como: trauma no quirúrgico, cirugía previa, proceso inflamatorio previo, exposición a rayos ultravioletas (UV), historia familiar (herencia), exposición a cuerpos extraños, edad avanzada (envejecimiento), HIV y virus del papiloma humano. A continuación se detallarán los tumores de origen epitelial (relacionado al caso clínico) y en forma general se mencionarán las demás lesiones

encontradas en conjuntiva.

## **L** esiones Benignas Epiteliales

### • **Papiloma Escamoso**

Generalmente son de color rosado, tienen un patrón de crecimiento y localización de acuerdo a la edad de presentación. En los niños generalmente son múltiples y pedunculados, localizados en el fornix, carúncula o el margen palpebral. En adultos usualmente son únicos y sésiles, situados en el limbo. Los de localización límbica, se debe prestar especial atención, ya que clínicamente son muy similares a una displasia precancerosa o carcinoma de células escamosas invasivo.

### • **Queratocantoma**

El queratoacantoma, usualmente se ve como un nódulo de apariencia gelatinosa, semejante al carcinoma de células escamosas de conjuntiva, pero con un inicio mucho más rápido. Histopatológicamente se observa acantosis masiva, hiperqueratosis y paraqueratosis. El tratamiento es resección completa de la lesión.

### • **Disqueratosis Intraepitelial Hereditaria Benigna (DIHB)**

Es de etiología desconocida. Se ha descrito principalmente en miembros de tribu india Haliwa, procedentes de una mezcla interracial de negros, blancos y nativos americanos residentes de Carolina del Norte. Es de

herencia autonómica dominante con proporción hombre/mujer igual a 1. Se describe como lesiones elevadas, traslúcidas y en forma de V en la región perilimbal nasal o temporal de conjuntiva y menos frecuente a nivel corneal. Esta lesión puede tener un curso asintomático o presentarse con un enrojecimiento severo y/o sensación de cuerpo extraño. La evolución y el pronóstico son buenos, sin riesgo de malignización. El tratamiento para las lesiones pequeñas pueden ser lubricantes y/o corticosteroides tópicos. Las lesiones mayores requieren resección local con un injerto de membrana mucosa en caso necesario. Generalmente es frecuente la recidiva posterior a la resección.

### • **Quiste de Inclusión Epitelial**

Ocurren espontáneamente o posterior a inflamación, cirugía o trauma no quirúrgico. Histopatológicamente se limitan al epitelio conjuntival y están llenos de un líquido claro. El tratamiento es observación o puede realizarse una ex-cisión completa.

### • **Dacrioadenoma**

Es muy raro, de etiología desconocida. Se observa como una masa rosada que se origina de la superficie del epitelio y prolifera hacia el estroma, formando lóbulos glandulares similares a la glándula lagrimal.

### • Queratosis Actínica

Es una lesión blanca, usualmente localizada sobre una pinguécula inflamada o un pterigion. Histopatológicamente se ve como una proliferación del epitelio superficial con queratosis. Clínicamente se asemeja a un carcinoma de células escamosas de conjuntiva.

## L esiones Malignas Epiteliales

### • Displasias

Las displasias pueden ser focales o difusas. Las focales, generalmente se relacionan a áreas expuestas a la luz UV (semejante a queratosis actínica de la piel); son bien delimitadas con áreas de leucoplasia a consecuencia de la queratinización de la superficie. Por el contrario, las difusas ocurren en áreas no expuestas, son mal delimitadas y con una apariencia más gelatinosa. Se ha publicado la relación del virus del papilomahumano, subtipo 16, con esta lesión.

### • Neoplasia Conjuntival Intraepitelial

Es sinónimo de displasia escamosa conjuntival leve, moderada o severa de acuerdo al grado de compromiso del epitelio.

- Leve o grado I: compromete el tercio inferior del grosor del epitelio conjuntival

- Moderada o grado II: afecta dos tercios

- Severa o grado III: envuelve hasta el tercio superior

Es de etiología desconocida, posiblemente multifactorial. Es más frecuente en hombres que mujeres, desde la adolescencia hasta el adulto mayor. Las lesiones son gelatinosas, sésiles o con una elevación mínima de la conjuntiva, con un patrón

vascular fino. Pueden presentar leucoplasia en su superficie. Se localizan generalmente desde el limbo hasta la superficie corneal y menos frecuente a nivel del fornix o conjuntiva palpebral. Es de crecimiento lento, sin riesgo de metástasis, pero pueden existir recidivas posteriores al tratamiento. Entre los factores de riesgo están: exposición UV, tabaquismo, pigmentación clara de piel, exposición a derivados del petróleo, inmunodepresión/infección por HIV, infección por el virus del papiloma humano y xeroderma pigmentoso. El diagnóstico se realiza por medio de tinción con fluoresceína o rosa bengala para demostrar la extensión. La biopsia con márgenes amplios para diagnóstico definitivo. Histopatológicamente; respeta membrana basal, no afecta estroma conjuntival, los cambios en el epitelio incluyen displasia parcial o total de su espesor.

## E l tratamiento tiene 3 pilares:

• **Preventivo:** evitando los factores de riesgo antes mencionados.

• **Médico:** mitomicina C, Interferón alfa y alternativo con radiación beta en neoplasias intraepiteliales recidivantes.

• **Quirúrgico:** Escisión de la conjuntiva afectada con márgenes amplios de conjuntiva normal. En casos se aplica crioterapia posterior a desbridamiento corneal sobre el área afectada.

Las lesiones recidivantes tienen mayor riesgo de convertirse en carcinoma de células escamosas invasivo. En las lesiones que afectan más del 50% del limbo, puede ser necesario un autoinjerto de limbo-conjuntival para la mantener la población de las células madres límbicas.

Además en algunos casos se realiza braquiterapia.

### • Carcinoma de células escamosas

En este carcinoma, las células epiteliales anormales, pasan a través de la membrana basal hasta invadir el estroma conjuntival. Es una secuela poco común de una displasia preexistente. Generalmente ocurre en individuos de edad avanzada por una exposición actínica acumulada, en jóvenes asociado a xeroderma pigmentoso y en adultos infectados por HIV. Inicia en el limbo y luego superficialmente invade el estroma conjuntival y se disemina por la superficie corneal. La invasión profunda de córnea y esclera, al igual que la intraocular es poco común. Presenta grandes vasos nutricios y vasos finos intralesionales y puede no ser desplazable y estar adherido a los tejidos subyacentes. Al igual que en la NIC el virus del papilomahumano interviene en su patogenia; así mismo, los factores de riesgo mencionados. La prevalencia de este tumor e incidencia son desconocidas. Se cree es más común en personas de raza blanca con gran exposición al sol, al igual que en poblaciones consanguíneas con Xeroderma Pigmentoso. En individuos de raza negra, se relaciona con hiperpigmentación de la lesión. Las secuelas o complicaciones posiblemente se deben a desatención del paciente, ya que como ocurrió en el caso clínico expuesto el paciente inició con una lesión pequeña conjuntival la cual evolucionó progresivamente hasta invadir córnea. Dentro

de la clínica tenemos síntomas irritativos, enrojecimiento, lagrimeo y sensación de cuerpo extraño. El astigmatismo y la pérdida de la visión son secuelas de esta patología. Histopatológicamente demuestra un infiltrado de la membrana basal y diseminación en el estroma conjuntiva!. Las células tumorales son bien diferenciadas y fácilmente reconocibles como escamosas, moderadamente diferenciada o pobremente diferenciada y difíciles de distinguir de otras malignidades como carcinoma sebáceo. Aunque la metástasis a linfáticos regionales no es común, la diseminación y muerte pueden ser posible.

El diagnóstico se realiza por medio de biopsia con escisión amplia, ya que debemos diferenciarlo de otros tumores benignos y malignos que afectan conjuntiva.

El tratamiento es por medio de la intervención quirúrgica, con una escisión amplia y crioterapia intensiva. En algunos casos puede ser necesario esclerotomía o queratectomía lamelar superficial. Si existe invasión intraocular suele tratarse con enucleación. Si hay invasión orbitaria, puede ser necesario el vaciamiento del globo ocular. Siempre se debe de hacer énfasis al paciente sobre precauciones en caso de recidivas y medidas de prevención, por lo cual se le da seguimiento.

Otras lesiones conjuntivales son:  
Lesiones subepiteliales: Linfoma benigno y maligno.

Lesiones melanocíticas: Nevos, Melanosis epitelial congénita, Melanosis subepitelial, Melanosis adquirida primaria, Melanosis adquirida secundaria, Melanoma de conjuntiva.

## C ONCLUSION

A pesar de las múltiples condiciones que favorecen el desarrollo de una tumoración conjuntival, en la actualidad es muy raro encontrar reporte de muerte a causa de esta patología. En su mayoría son de origen benigno, aunque de igual manera pueden ser malignos. El único método diagnóstico confiable para esclarecer su origen es por medio de un estudio histopatológico. Gracias a la localización de la conjuntiva, se logra el diagnóstico temprano seguido de un tratamiento especializado, con el fin de obtener una mejor calidad de vida y conservación de la visión, en todos los individuos.

Nunca se debe dejar pasar inadvertida cualquier lesión sugestiva de un tumor, ya que su diagnóstico tardío puede relacionarse con afectación de tejidos adyacentes al ojo, senos paranasales e incluso cerebro.

## R ESUMEN

El carcinoma de células escamosas es un tumor maligno de conjuntiva poco frecuente y de crecimiento lento. Ocurre con mayor periodicidad en personas de edad avanzada y se relaciona principalmente con displasias epiteliales previas y en pacientes con xeroderma pigmentoso. Se debe diferenciar de otros tumores conjuntivales benignos y malignos, por lo que es importante un enfoque clínico precoz para un adecuado diagnóstico y manejo especializado.

## B IBLIOGRAFÍA

- 1.- American Academy of Ophthalmology. BCSC 4. Ophthalmic Pathology and Intraocular Tumors. 2004-2005; 43-59.
- 2.- Goid D, Lewis R. Oftalmología. American Medical Association. 2005; Editorial Marbán. España. Vol 1:127-130, 255-295.
- 3.- McKelvie P, Daniell M, McNab A et al. Squamous Cell Carcinoma of the Conjunctiva: a series of 26 cases. British Journal of Ophthalmology. 2002; 86: 168-173.
- 4.- Pe'er J. Ocular Surface Squamous Neoplasia. Ophthalmol Clin N Am. 2005; 18:1-13,
- 5.- Shields C, Shields J. Tumors of the Conjunctiva and Cornea. Surv Ophthalmol. 2004; 49:3-24.