

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"CAPITAN ROBERTO RODRÍGUEZ"
MORON

**Carcinoma epidermoide de conjuntiva. Presentación de un caso.
Epidermoid Carcinoma of conjunctiva. A case presentation**

Zuleika Rodríguez Naranjo(1), Bienvenido Bello Medina(2), Eneida Moreira Guillén(3)

RESUMEN

El carcinoma epidermoide de células escamosas es el tumor maligno más frecuente de la conjuntiva que se presenta en el limbo o en el área de la fisura interpalpebral. Este tumor rompe la capa basal con invasión profunda del estroma y fijación a tejidos subyacentes. El retraso en el diagnóstico hace que la cirugía sea difícil. Presentamos un caso de una paciente con diagnóstico de carcinoma epidermoide de conjuntiva confirmado por el departamento de Anatomía Patológica que luego de tratamiento quirúrgico hace una recidiva alcanzando dimensiones gigantescas.

Palabras clave: TUMORES DE CONJUNTIVA/ CARCINOMA EPIDERMOIDE

- 1.-Especialista de 1er Grado en Oftalmología. Profesora instructora.
- 2.- Especialista de 1er Grado en Oftalmología.
- 3.- Especialista de 1er Grado en Oftalmología. Profesora asistente.

INTRODUCCIÓN

La conjuntiva, al igual que el resto de las mucosas del organismo humano es una capa de revestimiento lisa y de cada uno de sus componentes histológicos puede surgir tumores benignos y malignos(1). Algunos son más frecuentes que otros y su aparición puede estar estimulada entre otros factores por el ambiente, en especial los rayos ultravioletas(1-2). Los tumores malignos de conjuntiva crecen en la superficie del ojo. Los más frecuentes son el carcinoma escamoso, el melanoma maligno y los linfomas(3-5).

El carcinoma escamoso raramente metastatiza pero pueden llegar a invadir el área alrededor del ojo(3,6). Los tumores pequeños suelen ser removidos por completo. En algunos casos puede ser necesaria la quimioterapia. El retraso en el diagnóstico de los tumores malignos hace que la cirugía curativa sea más difícil y puedan llevar a la pérdida de la función visual e incluso del globo ocular. Este tumor puede tener una evolución letal si no es diagnosticado y tratado en etapas tempranas(1-3,7-9)

Caso clínico

Se presenta una paciente FFR blanca, femenina de 89 años de edad, con antecedentes de Diabetes Mellitus no Insulinodependiente, así como de Insuficiencia Cardíaca de 8 años de evolución. Acudió a consulta de oftalmología en dos ocasiones anteriores y de forma irregular aquejando dolor ocular y secreciones en ojo izquierdo con un examen físico sin signos relevantes. Al continuar con la sintomatología acude nuevamente a consulta presentando al examen físico:

Anexos: OD: normal

OI: Lesión tumoral de conjuntiva de aproximadamente 1.5 cm de diámetro de color grisáceo vascularizada de aspecto gelatinoso situada a nivel del limbo corneal temporal.

Segmento anterior, en ambos ojos arco senil. Cámara formada. Iris sin alteraciones. Reflejo pupilar normal.

Medios refringentes: esclerosis del cristalino en ambos ojos. Fondoscopia: en ambos ojos papila normal, afinamiento moderado de las arteriolas con signos de esclerosis vascular, vénulas dilatadas moderadamente; mácula deslustrada. Esclerosis coroidea. No se observa signos de infiltración tumoral en retina periférica de ojo izquierdo.

Agudeza visual: OD: 0.5

OI: 0.4

Tensión ocular: AO: 19mmHg Exudado conjuntival: AO negativo.

Radiografía de órbita izquierda: normal

Se explica a los familiares las características de la lesión y se sugiere tomar una conducta quirúrgica inmediata a lo cual no dan consentimiento. La paciente es traída nuevamente a consulta a los seis meses debido al precario estado de salud (enfermedades de base descompensadas por proceso neumónico). En esos momentos se constató al examen físico un aumento de tamaño de la tumoración que alcanzó los 3cm x 2.7cm lo que impedía al paciente cerrar los párpados y que descansaba sobre el limbo corneal en su porción temporal. El resto del examen se mantuvo estable.

La paciente fue llevada al salón (esta vez los familiares autorizaron el proceder), donde se le realizó resección total de la tumoración incluyendo las capas superficiales de la córnea y de la esclera infiltradas. Se envió muestra al departamento de Anatomía Patológica que confirmó el diagnóstico de carcinoma epidermoide bien diferenciado e infiltrante de conjuntiva.

Se realizó seguimiento postoperatorio de la paciente durante algunos meses sin complicaciones ni recidivas.

La paciente es traída nuevamente a los dos años y medio con una tumoración gigantesca que tomaba todo el globo ocular, de aspecto granuloso muy friable y sangrante, se interconsulta con el servicio de oncología y se decide no intervenir nuevamente por el estado de salud de la paciente y el estadio avanzado de la tumoración, fue dada de alta con medida de mantenimiento locales y sistémicas para su área de salud. La tumoración continúa creciendo hasta tomar todo el globo ocular y gran parte de la mejilla. Pocos meses después la paciente fallece en una parada cardiorrespiratoria.

DISCUSIÓN

Se presenta un caso con diagnóstico de carcinoma epidermoide de conjuntiva confirmado por el departamento de Anatomía Patológica.

El carcinoma de conjuntiva al igual que los tumores precancerosos aparece generalmente entre la 6ta y 7ma década de la vida(10-11) y es más frecuente en hombres que mujeres(9). Su incidencia varía entre el 0.13 y 1.9 casos por 100 000 habitantes(2). Se origina en el limbo o el área de la fisura interpalpebral.(2,8,10-12). Clínicamente se caracteriza por una lesión tumoral de superficie elevada, de aspecto gelatinoso, de color blanquecino con vasos prominentes(8,13). Es de crecimiento lento. Este tumor rompe la capa basal con invasión profunda del estroma y fijación a tejidos subyacentes (córnea y esclera) (2,8-9,14). En su génesis se ha implicado muchos factores de riesgo como las radiaciones ultravioletas. Otros factores son la infección por papiloma virus(serotipos 16 y 18) traumatismos y otras afecciones oculares(penfigoide, lesiones por cáusticos, síndrome de Stevens Jonson, etc)(1-2). Si no se trata el tumor penetra profundamente hasta alcanzar la parte interna del ojo, donde crece con rapidez y raramente produce metástasis. Estas características hacen eficaz la resección completa como tratamiento por lo que en los lugares que lo permitan se realizan control de los bordes a través de la biopsia por congelación(3,8-9).

Las características clínicas de nuestra paciente son similares a las descritas por la literatura. En este caso las dimensiones del tumor son llamativas si tenemos en cuenta que son mayores a las del globo ocular en sí. El tamaño de la tumoración impedía al paciente mantener su ojo ocluido. La extirpación total del tumor logró mantener la integridad del globo ocular. No obstante, el paciente presentó una recidiva con una tumoración que fue de mayor magnitud que la lesión original y que dado a su estado general no se realizó tratamiento radical.

ABSTRACT

The epidermoid carcinoma of squamocellular is the malignant tumour more frequent of the conjunctiva that are presented in the limb or in the area of the interpalpebral fissure. This tumour breaks the basal layer with deep invasion of the stroma and the fixation of underlying tissues. The delay in the diagnosis makes the surgery more difficult. We presented a patient with diagnosis of epidemoid carcinoma of conjunctiva confirmed by the department of pathological anatomy that after the surgical treatment make a recurrence reaching great dimensions

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Gómez CC, Toro TI, Vioa AL. Tumores de anexos oculares. Rev Cubana Oftalmol. 2001;14(2):129-34.
- 2.-López GJ, Elosúa JI, González MM, De Pablo MC, Álvarez LIJ, Martínez GJ. Carcinoma de células escamosas conjuntival con invasión orbitaria. Arch Soc Esp Oftalm. [serie en Internet] 2000;[citado 7 Mar 2007]; 9: [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.oftalmo.com/sed/archivos>
- 3.-Gómez CC, Herrera SM, Padilla GC. Tumores de conjuntiva. Rev Cubana Oftalmol [serie en Internet]. 2004; [citado 3 May 2007]; 17(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.sld.cu.revistas/oft_vol17104/soft104.htm
- 4.-Ríos HM, Melgares RM, Hernández MM, Joan FA. Carcinoma epidermoide de la conjuntiva, su posible asociación con el papilomavirus humano. Rev Cubana Med. [serie en Internet]. 2004;[citado 3 May 2007]; 43(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.sld.cu/revistas/med/indice.htm>
5. Buggage RR, Smith JA, Shen D, Chan CC. Conjunctival papillomas caused by human papillomavirus type 33. Arch Ophthalmol. 2002; 120(2): 202-4.
- 6.- De Silva DJ, Tumuluri K, Joshi N. Conjunctival squamous cell carcinoma: atypical presentation of HIV. Clin Experiment Ophthalmol. 2005; 33(4):419-28.
- 7.-Toledano N, García S, Díaz D, Arteaga A, Segura M, Lorenzo S. Empleo del interferón alfa2b para el tratamiento de los carcinomas conjuntivales intraepiteliales en casos seleccionados. Arch Soc Esp Oftalmol. 2003; 78: 265-272.
- 8.- Kanski JJ. Oftalmología clínica.3 ed. Madrid: Editorial Mosby;1996.
- 9.- Schwab IR, Dawson CR. Conjuntiva. En: Vaughan DG, Asbury T, Rioirdan EP. Oftalmología General.11 ed. México: El Manual Moderno;1997. p.109-140.
- 10.-Mahmood MA, Al-Rajhi A, Riley F, Karcioğlu ZA. Sclerokeratitis: an unusual presentation of squamous cell carcinoma of the conjunctiva. Ophthalmology. 2001;108:553-58.
- 11.-Arteaga SA, Toledano FN, Díaz VD, Fernández AM, Hijós GM. Escleroqueratitis y carcinoma escamoso conjuntival invasivo. Arch Soc Esp Oftalm. 2007;82(4):237-40.
- 12.-Rodríguez Reyes AA. Fascículos de enseñanza clínicopatológica 2 Conjuntiva y Carúncula. México: Láser; 2001.
- 13.-Allen JH. May Manual de las enfermedades de los ojos.16 ed.La Habana: Pueblo y Educación;1979.
- 14.-Grossniklaus HE, Stulting RD, Gansler T, Asberg JM. Aspiration cytology of the conjunctival surface. Acta Cytol. 2003;47(2):239-46.



Recidiva inicial de la paciente



Imagen más cercana de la tumoración