

PRESENTACION DE CASO**Carcinoma epidermoide de conjuntiva: Presentación de un caso.****Conjunctive epidermis carcinoma: A case presentation.**

Dra Yaney González Yglesias¹, Dr Hernán García Álvarez², Dra Bárbara Ríos Araujo³, Dra Bárbara Suárez Rodríguez³

¹Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de Oftalmología. ²Especialista de II Grado en Oftalmología. Profesor Asistente. ³Especialista de I Grado en Oftalmología. Hospital Provincial Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 78 años de edad, masculino, con carcinoma epidermoide de conjuntiva con presentación inusual de acuerdo a este tipo de neoplasia. El carcinoma evolucionó de forma rápida e invasiva. Se trató con exenteración orbitaria derecha con vaciamiento suprahomohiideo de ese lado. Actualmente está pendiente a radioterapia.

Palabras Clave: Carcinoma de células escamosas; Carcinoma

ABSTRACT

Epidermoid carcinoma of conjunctiva in man of 78 years old presents case itself of with little inhabitual presentation for these patient.

Patient that encounters was present whit an episode of blenorrhagic conjunctivitis that is treated initially by this cause and that progresses of inhabitual form. The histopathology exam revealed an epidermoid conjunctiva carcinoma. The evolution of this patient was rapid and invasive, he was treated with an orbital exenteration and suprahomohiideo drain and he is waiting for radiotherapy treatment.

Keywords: Carcinoma Squamous Cell; Carcinoma

INTRODUCCIÓN

El carcinoma escamoso invasor de conjuntiva es un tumor poco frecuente^(1,2). En él, a diferencia del

carcinoma in situ, las células neoplásicas rompen la membrana basal e infiltran el corion subyacente^(2,3). Su incidencia varía geográficamente de 0,02 a 3,5 por 100 000 habitantes⁽³⁾. Al ser el segundo tumor más frecuente del ojo y sus anexos, tiene una incidencia de 24 casos nuevos por año según el Registro Nacional del Cáncer. Este tumor en su evolución puede metastizar a regiones vecinas y órganos distantes y conllevar a la muerte. En la actualidad son pocos los pacientes que fallecen por esta causa gracias a su diagnóstico en etapas tempranas y al perfeccionamiento de los tratamientos que además permiten la conservación del globo ocular y de la visión⁽⁵⁾. La invasión intraocular u orbitaria es muy rara^(1,2), pero posible, lo que confiere a estas neoplasias un carácter potencialmente letal. Clínicamente es excepcional encontrar un carcinoma de conjuntiva con infiltración significativa⁽⁴⁾. El patrón macroscópico de esta lesión ha sido descrita como una masa gelatinosa, papiliforme, leucoplásica, nodular y difusa. Los síntomas varían desde no presentar ninguno, hasta otros como dolor severo y pérdida visual en el caso que se haga invasivo; sin embargo casi siempre se presenta con ojo rojo e irritación ocular. Tradicionalmente esta neoplasia ha sido encontrada en el limbo en individuos ancianos.

Existen factores de riesgo para presentar este tipo de tumor, tales como exposición al sol y distancia del ecuador, infección por papiloma virus humano, incremento de la expresión del gen P53, seropositividad al VIH, entre otros, como exposición a productos derivados del petróleo y hábito de fumar⁽⁵⁾.

Recibido: 5 de diciembre de 2005.

Aprobado: 21 de enero de 2006

Correspondencia:

Dra. Yaney González Iglesias

Servicio de Ofalmología

Hospital Provincial Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos.

Cienfuegos, Cuba

CP:55100

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 78 años, de color de piel blanca, masculino, que acude a cuerpo de guardia de Oftalmología del Hospital Provincial Universitario "Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos, con el antecedente de llevar seis meses con enrojecimiento del ojo derecho. Al interrogatorio se encuentran como datos de interés que es obrero agrícola, y como antecedentes patológicos personales positivos refiere ser un gran fumador y presentar un pterigion de ángulo interno en ese mismo ojo, e historia de blenorragia en 8 ocasiones.

En la primera consulta se constató edema palpebral moderado de ese ojo, abundantes secreciones muco purulentas, hiperemia cilio conjuntival, conjuntiva tarsal engrosada, y presencia de pseudomembrana sobre el ángulo interno de la conjuntiva bulbar que abarcaba hasta plica semilunar y carúncula. También se detectó adenopatía preauricular derecha no dolorosa, algo dura y poco movable. La córnea se mantenía transparente sin lesiones visibles. La agudeza visual (AV) fue de 0.4 difícil en ambos ojos sin cristales. Se le realizó estudio de laboratorio de urgencia (Gram), el cual reveló la presencia de diplococos gram negativos intra y extracelulares, se completó el estudio con toma de muestra para cultivo y antibiograma. Dadas las características del caso se ingresó en el servicio de Oftalmología del Hospital Clínico Universitario de Cienfuegos.

Se comenzó tratamiento con ceftriaxone, 1 gramo endovenoso dos veces al día hasta completar 7 días, lavado ocular con suero fisiológico y retiro de las pseudomembranas, colirios antibióticos reforzados y ungüento oftálmico de tetraciclina 3 veces al día, además se trató sindrónicamente por la posibilidad de clamidiasis asociada en estos casos, con doxiciclina (100mg) 1 tableta cada 12 horas por 10 días.

Al retirar las pseudomembranas observamos lesión enrojecida, papiliforme y vascularizada que ocupaba la plica semilunar de la conjuntiva y parte del fondo de saco superior. Por todo lo anterior se indicó raspado conjuntival que reveló: Extendido con numerosas células inflamatorias agudas, abundantes células escamosas con discreta atipia celular.

En el examen de rayos X de senos paranasales se encontró engrosamiento marginal del seno maxilar derecho con hipoplasia del seno frontal izquierdo.

Se realizó exéresis simple de la lesión con crioterapia, y biopsia que concluyó con el diagnóstico histológico de un carcinoma escamoso bien diferenciado. (Fig. 1)

Después de la intervención quirúrgica la lesión hizo recurrencia inmediata, en menos de 7 días, con crecimiento acelerado, desplazando el globo ocular hacia el lado temporal y manteniendo la córnea transparente e iguales síntomas clínicos que al inicio del cuadro, excepto la aparición de dolor. (Fig. 2)

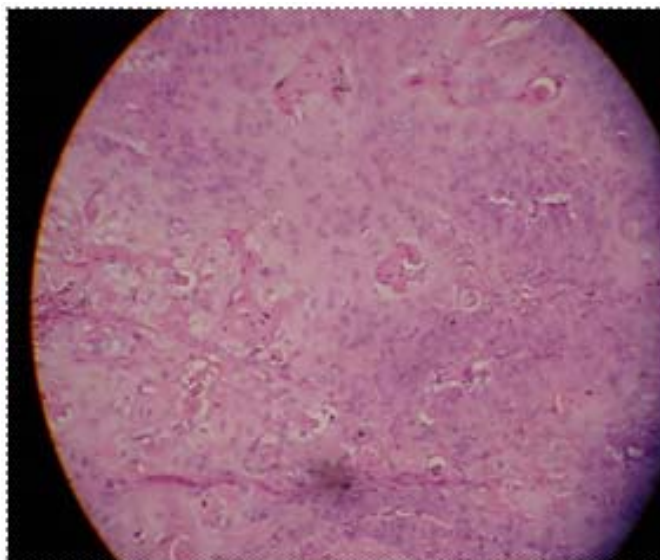


Figura 1. Imagen histológica que muestra focos de infiltración: nidos sólidos de células neoplásicas en el corion, rodeados por una intensa reacción inflamatoria (HE 40x). Método de tinción: Hematoxilina y Eosina.



Figura 2. Masa tumoral de ángulo interno que desplaza el globo ocular hacia el lado temporal manteniendo transparencia corneal.

Se realizó tomografía de órbita derecha con estudio simple y endovenoso que reveló imagen hiperdensa que envolvía el globo ocular por su parte anterior y medial, existencia de aire en su interior que producía compresión del músculo recto interno; no lesión ósea. La lesión aumentaba su densidad de forma no homogénea con la administración del contraste. Imagen hiperdensa del seno maxilar derecho por borde externo en forma laminar con grosor de 5 milímetros.

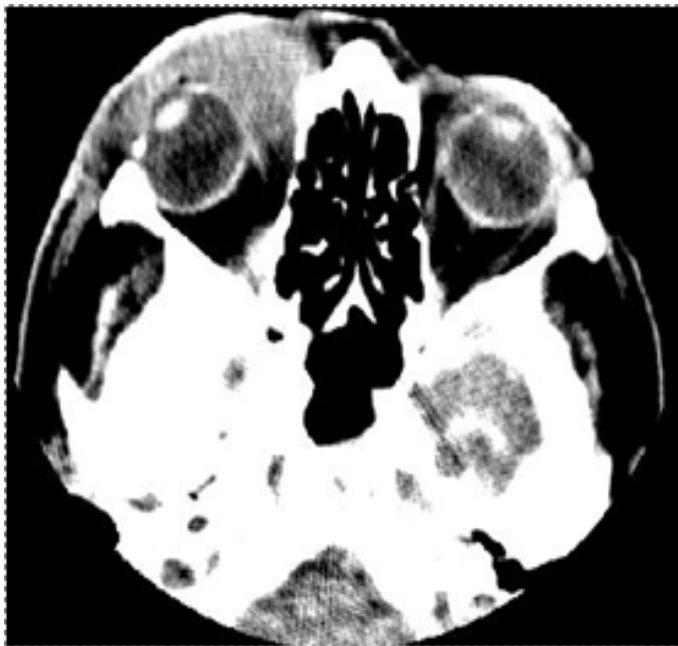


Figura 3. Tomografía de órbita derecha (estudio simple y endovenoso): Imagen hiperdensa que envuelve el globo ocular por su parte anterior y medial e imagen hiperdensa del seno maxilar derecho por su borde externo en forma laminar con grosor de 5 milímetros.

Se realizó rayos X de tórax que no mostró algo significativo y ecografía abdominal, negativa.

En los análisis de sangre no se obtuvieron resultados de interés. Las serologías de VIH y VDRL resultaron no reactivas.

Se interconsultó el caso con el Departamento de Oncología Oftalmológica del INOR de Ciudad Habana, por rápido crecimiento de la masa tumoral, que se hizo exofítica, desplazó completamente el globo ocular al lado temporal hasta ocultarlo en toda su extensión e imposibilitaba el cierre palpebral, por lo que se decide remitir a dicho servicio, donde se realizó exenteración orbitaria derecha con vaciamiento suprahomohiideo de ese lado. El paciente egresa con indicación de radioterapia al mes y medio de la cirugía.

DISCUSIÓN

El carcinoma epidermoide de conjuntiva es un tumor ocular poco frecuente, su incidencia varía entre 0,13 y 1,9 casos por 100.000 habitantes ^(1,2,5). En nuestro servicio no habíamos presentado un caso con este tipo de tumor en un período superior a 15 años, todo lo cual está completamente acorde según las estadísticas internacionales expresadas. Las formas invasivas intraoculares o intraorbitarias constituyen tan sólo entre un 2 y un 12 % de todos los casos ^(2,5). La frecuencia de metástasis a distancia ocurre hasta en un 10 % de los casos ⁽²⁾. Suele afectar más frecuentemente a hombres blancos, otros autores en una serie estudiada por ellos encontraron que el 77 % de los pacientes fueron masculinos, con una media de 69 años ⁽³⁾.

En la génesis de estas lesiones se han implicado diversos factores de riesgo como la exposición a la luz solar, provocado por los efectos dañinos de las radiaciones ultravioletas, y en la actualidad ya se considera como el factor más importante. Entre otros tenemos la presencia del papiloma virus humano, el hábito de fumar, etc. Hay autores que han planteado la asociación existente entre ciertas lesiones de la conjuntiva y la presencia de infección por virus oncogénicos, como son el virus del herpes simple (HSV) y el papilomavirus humano (PVH) en el pterigion, la eliminación de estos agentes virales podría contribuir al tratamiento de lesiones tan recidivantes. Es de señalar que en nuestro caso encontramos factores de riesgo similares como el hábito de fumar, la exposición reiterada a la luz solar, por ser obrero agrícola de profesión, así como presentar un pterigion de ese ojo, que según nuestra especulación personal pudiera haber servido de reservorio al PVH, pues este paciente en algún momento de su vida pudo haber estado en contacto con el mismo por su conducta sexual desordenada y haber presentado varios episodios de infecciones de transmisión sexual como se refiere anteriormente.

A diferencia de las lesiones agrupadas bajo el nombre genérico de «neoplasias intraepitelial conjuntival» o «displasias conjuntivales», el carcinoma escamoso muestra, por definición, ruptura de la membrana basal e infiltración del corion subyacente, lo que determina un cambio en la actitud terapéutica (exéresis simple frente a cirugía radical). Se han descrito asociaciones con otras lesiones como el Xeroderma pigmentario, linfomas no Hodgkin, leucemia linfática crónica, SIDA, carcinoma de colon, pulmón y riñón, así como con epiteloma espino y basocelular en piel. La localización más habitual es el limbo esclerocorneal. Menos frecuentes son la localización corneal o conjuntival aislada. En la literatura revisada no encontramos ningún caso similar que haya comenzado a nivel de la plica semilunar de la conjuntiva y ángulo interno de esta. La invasión orbitaria es por extensión y las metástasis a distancia se producen con mayor frecuencia a nivel de ganglios preauriculares, cervicales anteriores y glándula parótida. Se han descrito casos de metástasis pulmonares y óseas. De los distintos tipos celulares, el mucoepidermoide es el que se asocia a invasión con mayor frecuencia ^(2,4,5).

El tratamiento clásico del carcinoma epidermoide no invasivo es la exéresis tumoral más crioterapia ⁽⁶⁾. En los casos invasivos la enucleación o exenteración son el tratamiento de elección pudiendo, en ocasiones, intentar exéresis parciales del tumor ⁽⁷⁾. En el caso presentado fue necesario realizar la exenteración asociada a vaciamiento suprahomohiideo dada la extensión de la lesión y su vertiginosa progresión después de la cirugía excisional, y así de esta forma controlar la extensión local de la enfermedad.

Lo importante del caso presentado es el comienzo como una conjuntivitis blenorragica, que según lo referido por

el paciente se mantenía con síntomas desde 6 meses de evolución, o sea, realizando recurrencias. En la literatura revisada sólo se encontró un paciente con presentación difusa de la enfermedad que se manifestó como una conjuntivitis recurrente, sin precisar etiología⁽³⁾; otra peculiaridad del caso presentado es la rápida invasión orbitaria de la masa tumoral pocos días después de la biopsia excisional y crioterapia, dato controversial con la bibliografía revisada, pues según una serie de 26 casos

estudiados retrospectivamente en Melbourne, Australia, encontraron que las recurrencias locales posexcisionales ocurrieron sólo después de los 4 meses de realizada esta⁽³⁾. Por otra parte es de señalar la ubicación poco común de la lesión en la plica semilunar conjuntival, de donde progresivamente invadió la órbita, lo cual también es poco habitual. En la literatura consultada sólo se tiene noticias de un caso que se presentó aisladamente en la conjuntiva bulbar de ángulo interno⁽⁸⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tunc M, Char DH, Crawford B, Miller T. Intraepithelial and invasive squamous cell carcinoma of the conjunctiva analysis of 60 cases. *Br J Ophthalmol.* 1999; 83: 98-103.
2. Erie JC, Campbell RJ, Liesegang TJ. Conjunctival and corneal intraepithelial and invasive neoplasia. *Ophthalmology.* 1986; 93: 176-183. Penélope A, Marck D, Alan MC. Squamous cell carcinoma of the conjunctiva: A series of 26 cases. *Clinical science. Br J Ophthalmol.* 2002;86:168-173.
3. López García JS, Elosúa de Juan I. Carcinoma de células escamosas conjuntival con invasión orbitaria. Comunicación corta. *Arch Soc Esp Oftalmol.*[seriada en Internet].2000[citada: enero de 2006]; LXXV(9)[2 p]. Disponible en:<http://www.oftalmo.com/se/>
4. Melgares MA, Mesa E, Puig M. Resultados del tratamiento del carcinoma epidermoide de conjuntiva, estudio a largo plazo. *Rev Cuban Oncol.*2001;17(3):195-9.
5. Kiire CA, Dhillon B. The aetiology and associations of conjunctival intraepithelial neoplasia. *Br J Ophthalmol.* 2006; 90:109-113.
6. Midea E, Degli Angeli C, Valenti M. Treatment of conjunctival squamous cell carcinoma with topical 5-fluorouracil. *Br J Ophthalmol.* 2000;84:268-72.
7. Whittaker KW, Trivedi D, Bridger J. Ocular surface squamous neoplasia: report of an unusual case and review of the literature. *Orbit.* 2002;21:209-15