

Universidad Autónoma de San Carlos de Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

REPUBLICA DE GUATEMALA, CENTRO AMERICA

---

# **CARCINOMA EPIDERMOIDE CORNEOCONJUNTIVAL**

## **T E S I S**

Presentada a la Junta Directiva  
de la

Facultad de Ciencias Médicas  
de la

Universidad de San Carlos de Guatemala

p o r

**JOSE MARIA ARRIOLA Y ARRIOLA**

En el acto de su investidura de:

**MEDICO Y CIRUJANO**

Guatemala, Octubre de 1960.

## PLAN DE TESIS

I.—NOCIONES ANATOMICAS.

II.—HISTOLOGIA.

III.—INTRODUCCION.

- a) Etiología.
- b) Anatomía Patológica.
- c) Sintomatología.
- d) Evolución Clínica.
- e) Diagnóstico.
- f) Tratamiento.
- g) Pronóstico.

IV.—MATERIAL Y METODO.

V.—RESUMEN.

VI.—CONCLUSIONES.

VII.—BIBLIOGRAFIA.

## I) NOCIONES ANATOMICAS

Por considerar conveniente conocer la anatomía normal e histología de la conjuntiva antes de entrar en materia, los describiré brevemente.

La conjuntiva es una membrana mucosa que recubre la cara posterior de los párpados y la parte anterior del globo ocular dividiéndose así en conjuntiva palpebral y bulbar. La conjuntiva palpebral es sumamente vascular de color rojo. Su palidez es interpretada como signo de anemia, es lisa adherida íntimamente al tarso. Después de haber tapizado la cara posterior de los tarsos superior e inferior, se refleja sobre sí misma para extenderse en la cara anterior del globo ocular, ésta es la conjuntiva bulbar. Al reflejarse la conjuntiva forma el fondo de saco conjuntival. Describiré únicamente la conjuntiva bulbar ya que es en esta estructura donde se desarrolla el carcinoma epidermoide. La conjuntiva bulbar es más delgada que la palpebral y cubre a la esclerótica, La porción esclerótica es delgada, transparente y deja ver la esclerótica blanca. Está separada de esta última por una capa de tejido celular laxo que se confunde con la cápsula de Tenon la cual desaparece en la unión esclerocorneal. En la unión esclerocorneal la conjuntiva

se reduce a su capa epitelial para cubrir la córnea formando así la porción corneal de la conjuntiva.

En el ángulo interno del ojo la conjuntiva bulbar presenta dos formaciones que son: la carúncula lagrimal y el pliegue semilunar.

La conjuntiva está irrigada por ramas de las arterias palpebrales, lagrimal, supraorbitaria, nasal, infraorbitaria y temporal superficial. Esta inervada por ramas de los nervios lagrimal por fuera, nasal externo por dentro y en la parte corneal por los nervios ciliares.

Los linfáticos de la conjuntiva drenan a dos grupos de ganglios: los internos a los ganglios preauriculares y los externos a los ganglios submaxilares.

## II) HISTOLOGIA DE LA CONJUNTIVA

La estructura de la conjuntiva es igual a la de cualquier membrana mucosa, consiste esencialmente de dos capas principales: un epitelio superficial y tejido conectivo o corion.

La capa epitelial varía en diferentes regiones de la conjuntiva. El epitelio es columnar estratificado en la conjuntiva palpebral y consta de dos filas de células. A este nivel aparecen las glándulas mucosas unicelulares (caliciformes) que son numerosas; también el epitelio se invagina y forma las pseudoglándulas de Henle. Conforme el epitelio se acerca al limbo las glándulas caliciformes van desapareciendo gradualmente, al mismo tiempo el epitelio se va transformando de columnar estratificado a epitelio escamoso estratificado. Se observa también formación de papilas cerca del limbo, lo que da a las capas profundas un aspecto ondulado. Las células basales cerca del limbo tienen gránulos pigmentados particularmente en personas de piel oscura. Este epitelio tiene seis filas de células.

El corion a su vez puede dividirse en dos capas: una superficial y otra profunda. La primera está formada por linfocitos y aparece después del cuarto mes de vida extrauterina. En los fondos de saco hay nidos de

linfocitos simulando folículos linfáticos pero sin centro germinativo. En procesos inflamatorios como el tracoma están muy aumentados. La capa profunda está formada por una red floja de fibroblastos, fibras cológenas y elásticas. Es más gruesa y vascular en los fondos de saco y pueden verse linfocitos y células plasmáticas aisladas. Los vasos sanguíneos del plexo pericorneal son de paredes delgadas. La red de vasos linfáticos pericorneales se dilatan cuando hay quemosis y por lo tanto pueden ser reconocidos microscópicamente. El corion se va adelgazando hacia afuera y prácticamente desaparece en la conjuntiva palpebral.

La conjuntiva presenta otras glándulas: Las glándulas de Krause que son serosas y acinotubulares, su estructura es parecida a las glándulas lagrimales, se localizan en el fondo de saco superior e inferior. En el tarso superior cerca del fondo de saco conjuntival se encuentran las glándulas de Wolfring que son similares a las de Krause. Las características de la conjuntiva son la escasez de secreción mucosa y la presencia de numerosas glándulas lagrimales serosas que ya fueron descritas.

### III) INTRODUCCION

Los tumores epiteliomatosos de la conjuntiva son relativamente raros, se localizan frecuentemente en la unión corneoescleral. La predilección de las lesiones epiteliomatosas para el limbo se puede explicar por el hecho de que es una zona de transición del epitelio que pasa a cubrir la córnea, comportándose por esta causa como un sitio de menor resistencia. El carcinoma epidermoide de la conjuntiva como en cualquier parte del cuerpo es frecuente en las áreas expuestas como a nivel de la abertura palpebral ya sea en el lado nasal y temporal. En la conjuntiva a nivel del limbo se desarrollan otras neoformaciones como la pingüécula y el pterigión. El carcinoma epidermoide de la conjuntiva tiene poca tendencia a la penetración en profundidad y es por eso que raramente invade la cámara anterior. Generalmente se detiene en la esclerótica, que permanece sana y probablemente sea esta la barrera que evita la invasión del segmento posterior del ojo. La membrana de Bowman forma una barrera que es difícil penetrar por lo que estas neoformaciones tienden a extenderse en superficie. Pueden rodear el limbo o invadir la córnea. La evolución es lenta y de poca malignidad. Son más frecuentes en la edad adulta.

#### a) ETIOLOGIA:

Es desconocida, aunque se atribuye el origen a varias causas como irritación crónica, infecciones prolongadas, etc. Hay varias lesiones de la conjuntiva que se consideran precancerosas que son: papilomas de la conjuntiva, epidermidización, disqueratosis leucoplástica y enfermedad de Bowen de la conjuntiva.

La epidermidización se observa en la conjuntiva principalmente después de infecciones crónicas y xerosis prolongadas. Histológicamente se observa que el epitelio se engrosa principalmente en la capa de células espinosas, es lo que se llama: acantosis. Cuando un gran número de células se queratinizan se llama hiperqueratosis, forman placas gruesas duras y aplanadas; el núcleo de las células desaparece. Cuando las células queratinizadas presentan núcleos se llama paraqueratosis. El proceso es benigno mientras la membrana basal permanece íntegra, manteniendo las características del epitelio conjuntival. La queratina se produce únicamente en las células superficiales y no en las células de la capa espinosa; pero después de una infección o irritación crónica pueden ocurrir cambios en el epitelio que pueden ser precursores de un carcinoma.

La disqueratosis también se menciona como causa predisponente ya que puede sufrir degeneración maligna. La disqueratosis puede ser de dos tipos histológicos: la leucoplástica y la disqueratosis de Bowen.

#### DISQUERATOSIS LEUCOPLASICA:

Es similar a la que se ve en cualquier membrana mucosa del cuerpo. Se evidencia por la producción de queratohialina en la capa de células espinosas; en otras palabras, la queratinización no es superficial sino profun-

da, produciendo zonas parecidas al epitelio superficial, es lo que se llama perlas epiteliales o globos corneos.

#### DISQUERATOSIS DE BOWEN:

Llamada así porque histológicamente se parece a la enfermedad de Bowen de la piel. En esta enfermedad la formación de queratina no es tan abundante como en el tipo leucoplástico y el proceso también está localizado a las capas profundas. No hay acantosis.

La disqueratosis de Bowen puede sufrir degeneración maligna, pero es menos frecuente que la disqueratosis leucoplástica.

A pesar de estas teorías en la mayoría de los casos se ignora la etiología del carcinoma.

#### b) ANATOMIA PATOLOGICA:

Macroscópicamente se observa in situ como una tumefacción blanco grisáceo, redondeada, dura, que se eleva sobre la esclerótica de superficie fungoide y a veces ulcerada. Microscópicamente se caracteriza por la formación de globos córneos y puentes intercelulares que identifican fácilmente el origen de la neoplasia. En los carcinomas muy anaplásicos estas formaciones faltan por completo. En algunos casos la anaplasia es tan grande que puede simular un sarcoma de células fusiformes. Según su grado de diferenciación se clasifican de Grado I a IV (Broders).

#### c) SINTOMATOLOGIA:

El principio es insidioso, apenas existe una pequeña molestia funcional que consiste en sensación de cuer-

po extraño, ardor, lagrimeo, es generalmente hasta que la córnea es invadida por la neoplasia que el enfermo descubre la lesión y consulta al médico. Cuando vemos al paciente por primera vez podemos observar una pequeña tumefacción nodular, blanca, opalescente, firmemente adherida a la esclerótica y córnea y a los tejidos que la rodean, circundada de una zona de reacción inflamatoria moderada de la conjuntiva (ver fig. No. 1).



FIGURA No. 1.— Aspecto macroscópico del Carcinoma epidermoide de la conjuntiva.

A menudo cuando instilamos una gota de solución saturada y carbonatada de fluoresceína sobre la tumefacción nos muestra una pequeña ulceración. La fluoresceína es de color rosado vivo en solución y presenta una fluorescencia verde. En tejido sano no produce ninguna coloración, pero donde hay pérdida de substancia, el colorante se impregna en el tejido y forma una mancha de reflejo verdoso. Su fórmula es:

Rp.

Fluoresceína ..... 0.40 gr.  
Carbonato de Potasio ..... 0.06 gr.  
Agua destilada ..... 20 c.c.

La pérdida de substancia teñida por la fluoresceína se observa mejor en la lámpara de hendidura o biomicroscopio. La tumefacción es dura, signo constante de estos neoplasmas que puede ser investigado fácilmente con la ayuda de una pinza habiendo anestesiado previamente la conjuntiva; pero a nivel del limbo debido a la adherencia normal de la conjuntiva este signo pierde su valor. Cuando la lesión se encuentra en una zona oculta de la conjuntiva el único síntoma que llama la atención del paciente puede ser una pequeña hemorragia. La visión es normal y se encuentra disminuída en los casos raros cuando la neoplasia se extiende sobre la córnea o bien cuando hay invasión intraocular.

#### d) EVOLUCION CLINICA:

Si la lesión inicial permanece abandonada, sin tratamiento, la tumefacción va creciendo progresivamente y se extiende sobre la córnea. Puede permanecer por mucho tiempo limitada a las capas superficiales de la conjuntiva y córnea, pero en algunas ocasiones el crecimiento es rápido y puede alcanzar gran tamaño en relativamente poco tiempo. La penetración hacia el ojo es raro que ocurra, pero en los casos abandonados la neoplasia puede extenderse sobre la esclerótica y la córnea. También puede aparecer como una masa fungosa que se extiende hacia los párpados. La extensión intraocular puede ser prevenida durante cierto tiempo por la membrana de Bowman y más tarde por la membrana de Descemet. El canal de Schlem a nivel del limbo puede ser vía de ac-

ceso para la extensión directa del carcinoma, o bien las células neoplásicas pueden ser llevadas hacia los espacios supracoroidales por los linfáticos perivasculares o bien por el orificio de una vena vorticosa. Como ya vimos puede extenderse en superficie e invadir el polo posterior del ojo sobre la cápsula de Tenon y después la órbita. Las metástasis son raras y ocurren por vía sanguínea y linfática hacia los ganglios submaxilares y preauriculares. La extensión a estos ganglios regionales es una complicación seria. Son raros los casos de metástasis generalizadas.

#### e) DIAGNOSTICO:

El diagnóstico es difícil cuando el proceso se está iniciando ya que puede confundirse con una conjuntivitis flictenular, espiescleritis, pingüecula, un dermoide, un papiloma y con un pterigión.

Bajo anestesia local como vimos anteriormente se buscará la induración de la lesión con una pinza. La pingüecula es blanda, amarilla, que se desarrolla cerca del limbo. El dermoide es congénito. El papiloma es suave no indurado. El pterigión tiene un aspecto característico, de forma triangular. El diagnóstico definido se hace por biopsia.

A pesar de todo el diagnóstico microscópico es tan difícil como el diagnóstico clínico.

También se puede recurrir al diagnóstico con el biomicroscopio y en muchas ocasiones se recurre a él antes de practicar una biopsia. Maws estudió especialmente el aspecto del carcinoma epidermoide en la lámpara de hendidura; aconseja: 1) utilizar una coloración vital que se instila en el ojo vrg: azul de metileno; 2) escoger una región suficientemente transparente de la córnea. Cuando se ilumina la tumefacción con rayos ultravioleta

se observan por el biomicroscopio puntos fluorescentes que corresponden a los globos córneos. La coloración permite también apreciar la reacción del estroma con relación a la malignidad del tumor. Maws describió también la vascularización del carcinoma epidermoide insistiendo sobre su distribución patognomónica que la diferencia de otros neoplasmas como los papilomas, sarcomas y melanomas.

#### f) TRATAMIENTO:

Los epitelomas pequeños pueden ser extirpados sin riesgo pero hasta la fecha no se conocen medios que protejan al paciente de una recidiva. La resección del epiteloma debe ser amplia resecaando conjuntiva sana. En ciertos casos a pesar de estas precauciones pueden ocurrir recidivas. Es fácil desprender un neoplasma que invade la córnea sin lesionarla; pues existe cuando el carcinoma no ha penetrado un plano de clivage. Se ha usado también la cauterización con galvanocauterio. Después que el carcinoma se ha resecaado y el diagnóstico confirmado anatomopatológicamente se puede utilizar en los casos indicados: Estroncio radioactivo y radioterapia. Cuando el carcinoma invade la cámara anterior está indicada la enucleación.

La radioterapia sola tiene buenos resultados pero su empleo está limitado a ciertos casos vrg.: pacientes que se oponen a la enucleación, neoplasmas localizados y sin metástasis.

La aplicación de radioterapia es difícil ya que la protección del ojo no es posible en su totalidad y gran número de casos por la acción nociva de las radiaciones sobre el cristalino, después de varios meses se opacifica dando origen a una catarata. Las metástasis pueden ser tratadas con radium y con rayos X. En ca-

so de que el carcinoma se extienda por continuidad a los párpados se hará la exenteración seguida de radioterapia.

g) PRONOSTICO:

Es benigno cuando el crecimiento del carcinoma es lento. Si no se interviene pronto la visión estará comprometida por extensión del mismo sobre la córnea.

#### IV) MATERIAL Y METODO

Para llevar a cabo el presente estudio se revisaron 5741 casos egresados de la Sala de Oftalmología de Hombres del Hospital General, encontrándose en los archivos 85 casos con diagnóstico de tumor conjuntival de los cuales sólo 39 (0.67%) eran carcinomas epidermoides corneoconjuntivales comprobados anatomopatológicamente.

i) INCIDENCIA POR EDAD

EDAD	No. de Casos	PORCENTAJE
De 0 a 10 años .....	0	0%
De 11 a 20 años .....	2	5.12%
De 21 a 30 años .....	5	12.82%
De 31 a 40 años .....	2	5.12%
De 41 a 50 años .....	11	28.20%
De 51 a 60 años .....	9	23.07%
De 61 a 70 años .....	8	20.51%
De 71 a 80 años .....	1	2.56%
De 81 a 90 años .....	1	2.56%

2) TIEMPO DE EVOLUCION

En los casos estudiados el tiempo de evolución menos fue de 1 mes y el mayor de 6 años.

### 3) SINTOMAS PREDOMINANTES

Sensación de cuerpo extraño .....	100%
Ardor .....	41.02%
Epífora .....	23.07%
Dolor .....	17.94%
Disminución agudeza visual .....	7.69%
Prurito .....	15.38%
Hemorragia .....	5.12%

### 4) LOCALIZACION:

Corneocconjuntival ..... 39 casos

	Angulo interno	Angulo externo	Total
Ojo Derecho	19	3	22
Ojo Izquierdo	15	2	17
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	34	5	39

### 5) METASTASIS:

Ninguno de los casos estudiados presentó metástasis a los ganglios linfáticos regionales ni a órganos distantes. Sólo un caso (JSF) presentó invasión intraocular al perforarse una úlcera de la córnea e invadir así la cámara anterior (ver fig. No. 2). Otro caso (JS) se extendió hacia la conjuntiva del párpado superior.



FIGURA No. 2.— Aspecto microscópico del carcinoma. Se puede observar crecimiento extra e intraocular y los característicos globos córneos (X-96).

### 7) TRATAMIENTO:

En 30 casos se practicó biopsia-excisión de la tumefacción, resecaando también conjuntiva sana. Se usó anestesia local instilando primero solución de cocaína al 10% y Adrenalina al 1 x 1,000 seguida de infiltración subconjuntival de Scleroína (0.5 — 1 cc.) En el caso (JSF) se practicó enucleación bajo anestesia local (retrobulbar) por haber invasión intra ocular. En otro caso (JS) se hizo una exenteración, colocándose después un injerto de piel en la cavidad orbitaria, piel que se sacó del muslo. Como tratamiento complementario se indicó terapia en 16 casos, de los cuales se llevó a cabo en 12, en los 4 restantes no fue posible por la falta de colaboración de los pacientes.

(Ver tabla No. 1)

# RADIOTERAPIA COMPLEMENTARIA POST-OPERATORIA

No. Caso	Edad años	Duración de sintoma antes excisión	Dosis Terapia Tipo	Anatomía Patológica	Resultado:
1.—M.M.M.	42	3 meses	7,500 reps Sr. 90	Ca. ep. G.III	Bueno
2.—A.L.R.	35	2 años 5 meses	5,000 r.	Ca. ep. G.III	Bueno Recidivante
3.—T.M.R.	42	2 meses	10,000 r.	Ca. ep. G.II	A los 3 meses ojo perdido
4.—A.M.B.	48	1 año	8,000 reps Sr. 90	Ca. ep. G.II	Bueno Recidivante
5.—P.C.	46	1 año	7,000 r.	Ca. ep. G.I	Bueno Catarata secundaria
6.—A.M.	68	1 año	6,000 r.	Ca. ep. G.II	Bueno
6,000 reps					
8.—G.L.D.	70	2 años	10,000 r. 5,000 r.	Ca. ep. G.II	Control 3 Malo Neo- plasia grande
9.—L.D.	50	3 meses	se dieron solo 600 r.	Ca. ep. G.II	Paciente no colaboró
10.—F.d.C.	50	12 meses	Indicados 5,000 r.	Ca. ep. G.II	Paciente no colaboró
11.—E.B.S.	60	3 meses	5,500 r.	Ca. ep. G.IV	Poca regresión
12.—T.H.	49	4 meses	5,000 r.	Ca. ep. G.II	Regresión 80 %
13.—S.C.	57	8 meses	8,000 r.	Ca. ep. G.II	Paciente no colaboró
14.—D.O.	82	6 meses	7,700 r.	Ca. ep. G.II	Bueno
15.—J.A.	63	3 años	5,900 r.	Ca. ep. G.IV	Bueno
16.—I.V.	26	1 mes	4,000 r.	Ca. ep. G.I	No se dió terapia

## 8) RECIDIVA:

Hubo únicamente dos casos de recidiva, en el caso No. 4 (AMB) al año y en el No. 2 (ALR) a los 17 meses. En estos dos casos únicamente se había extirpado la tumefacción, sin terapia complementaria por lo que después de una nueva extirpación se dió tratamiento complementario con terapia.

## 9) ANATOMIA PATOLOGICA

Los 39 casos estudiados son carcinomas epidermoides cuya malignidad se clasificó de Grado I al IV de Broders.

Grado I .....	16 casos = 41.02%
Grado II .....	18 casos = 46.15%
Grado III .....	2 casos = 5.12%
Grado IV .....	3 casos = 7.69%

## 10) CONTROL POST OPERATORIO

Únicamente fue posible seguirlo satisfactoriamente en el caso No. 5 (PC) desde 1942 hasta la fecha. En los otros casos a pesar de que se les citaba para controles periódicos, no se presentaron, cuando lo hicieron fue con irregularidad y en los primeros meses.

Dos casos reingresaron por recidiva pero después de terminado su tratamiento no volvieron a reexamen. Caso interesante y que describiré brevemente es el siguiente:

P.C. de 46 años ingresó el 11 de Marzo de 1942 al servicio de Oftalmología de Hombres. El motivo fue crecimiento de una tumefacción en el ángulo interno del

ojo izquierdo de 1 año de evolución y sensación de cuerpo extraño sin ninguna otra molestia.

Al examen físico la visión era normal (20/20) en ambos ojos.

O.D.: normal, O.I.: en unión corneconjuntival se observaba la presencia de una pequeña tumefacción de color blanco grisáceo de aproximadamente 0.4 cm. de diámetro. Se extirpó y el examen de anatomía patológica evidenció un carcinoma epidermoide Grado I. de malignidad. Como tratamiento complementario se le dió terapia de contacto 7,000 r. (Alta 15 Abril 1942). A los 9 años (1951) desarrolló, una catarata secundaria a las radiaciones la cual se extrajo sin dificultad. El paciente fue visto periódicamente y no presentaba ninguna molestia. El 19 de Julio 1960 fue necesario hospitalizarlo ya que en esta ocasión se quejaba de disminución de la agudeza visual, dolor y epífora en ojo izquierdo. Al examen físico presentaba visión O D: 20/40, O. I: Proyección luminosa, O. D: Normal, O.I: párpados edematizados que cierran parcialmente las abertura palpebral. Conjuntiva palpebral y bulbar enrojecida. Cámara anterior llena de material purulento (Hipopión). Cuello: No presentaba ganglios palpables. Corazón y pulmones normales. El diagnóstico fue de Endoftalmitis y a descartar invasión introcular del carcinoma. Fue enucleado el ojo y mandado al laboratorio para su examen que fue reportado únicamente como "Un proceso inflamatorio de naturaleza no específica con destrucción del globo ocular". El paciente fue dado de alta curado el 8 de Agosto de 1960.

## V) RESUMEN

La experiencia obtenida del estudio de treinta y nueve casos de carcinoma epidermoide corneoconjuntival nos permite decir que la frecuencia es baja en nuestro medio, pues es un trabajo realizado en un servicio único en Guatemala.

El carcinoma epidermoide es más frecuente según nuestra estadística de la cuarta a la sexta década de la vida (71.78%) igual que en carcinomas de otras partes del cuerpo. Cinco casos (5.12%) se presentaron de los 21 a 30 años, personas a quienes su profesión los exponía a irritación constante del ojo por el polvo, en estos casos labradores.

El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 1 mes a 6 años y no está relacionado con el grado de malignidad del neoplasma. El síntoma predominante es el de sensación de cuerpo extraño que se presentó en unos casos asociado con más frecuencia al ardor y epífora.

La localización del carcinoma corneoconjuntival fue más frecuente en el ángulo interno (34 casos) correspondiendo con las estadísticas de varios autores. No se puede decir que se presente con mayor incidencia en un ojo que en otro pues en nuestra estadística se presenta-

ron casi igual número en ambos ojos: 22 y 17 casos en ojo derecho y ojo izquierdo respectivamente.

En los casos estudiados no hubo metástasis, pero este dato debe ser tomado con reserva pues no existió un control post operatorio satisfactorio. Hubo únicamente un caso de invasión intraocular y otro de extensión al párpado lo que nos demuestra la poca tendencia invasora del neoplasma y su evolución lenta.

El diagnóstico se sospechó en todos los casos por las características estudiadas de la tumefacción, que se facilita, ya que la conjuntiva es una área expuesta fácil de examinar.

### TRATAMIENTO:

Se practicó excisión amplia en 37 casos, una enucleación y una exenteración por invasión intraocular y al párpado superior respectivamente. Antiguamente se aconsejaba la exenteración de los casos de carcinoma epidermoide corneoescleral, pero era difícil que los pacientes aceptaran este tratamiento pues una vez que se quitaba el neoplasma desaparecían todos los síntomas sin ninguna alteración en la visión; cuando no se ha extendido sobre la córnea o penetrado el ojo.

Los oncólogos aconsejan:

- A) Eucleación como tratamiento inicial.
- B) Si el paciente rehusa este tratamiento se hace excisión del neoplasma. Si es el carcinoma Grado I de malignidad aconsejan observarlo por tres meses; si después de la extirpación no hay enfermedad residual.
- C) Si hay recidiva se extirpa de nuevo y se da terapia. También se da terapia si después de la extirpación primaria hay enfermedad residual.

La conducta que seguimos en el Servicio de Oftalmología del Hospital General es la siguiente:

Extirpación total del neoplasma, si el diagnóstico se confirma anatomo-patológicamente dar terapia no importando el grado de malignidad del neoplasma, no sólo como tratamiento para evitar las recidivas si no como tratamiento final.

El resultado de la terapia a pesar de ser el carcinoma epidermoide poco sensible fue satisfactorio en la mayoría de los casos. Como efectos secundarios a la radioterapia únicamente hubo una catarata secundaria en el caso P. C. (complicación tardía), la cual se operó con buenos resultados. No se presentó ningún caso de Glaucoma (complicación temprana), u otra complicación atribuible a la terapia.

En los casos en que no hubo buena regresión de la tumefacción se debió en el caso G. L. D. a que era demasiado grande, en el caso E. B. S. hubo poca regresión por ser el carcinoma muy indiferenciado y por lo tanto más radioresistente.

Estos casos no pudieron seguir siendo observados porque después de cumplido el tratamiento con radioterapia no volvieron a exámenes periódicos. En resumen, podemos decir, que la radioterapia da buenos resultados en neoplasmas pequeños y bien diferenciados por lo cual opinamos por la radioterapia sistemática.

## VI) CONCLUSIONES

- 1.—El carcinoma epidermoide corneoconjuntival es raro.
- 2.—Su etiología es desconocida.
- 3.—Es más frecuente en la edad adulta.
- 4.—Su evolución es lenta.
- 5.—Tiene poca tendencia a la invasión intraocular.
- 6.—Da metástasis en raras ocasiones.
- 7.—Se puede presentar en cualquiera de los dos ojos.
- 8.—Es más frecuente en el ángulo interno de la conjuntiva.
- 9.—El diagnóstico debe de ser temprano.
- 10.—Se debe diferenciar de las lesiones benignas de la conjuntiva.
- 11.—Tratamiento: Extirpación y Terapia.
- 12.—El pronóstico es bueno para la vida y reservado para la visión.

*José María Arriola y Arriola.*

Vo. Bo.

*Dr. José Miguel Medrano.*

Imprímase:

*Dr. Ernesto Alarcón B.,*  
Decano.

## VII) BIBLIOGRAFIA

- 1.—Bailliart, P.: *Traité D' Ophtalmologie, Tome IV*. Massont et Cie. Editeurs, 1939, p. 643-648.
- 2.—Bailliart, P. et Magitot, A.: *Manuel D' Ophtalmologie*. G. Doin et Cie. Paris. 1950. p. 257-259.
- 3.—Berens, C.: *The Eye and its Diseases*, W. B. Saunders Company 1949. p. 393-398.
- 4.—Samuel, B.: *Tumors of Conjunctiva and Lids*, *Arch Opth.*, 26: 789, 1941.
- 5.—Ash, J. E.: *Epibulbar Tumors*, *Am. J. Opth.*, 33: 1203, 1950.
- 6.—Anderson, *Pathology, Second Edition*, The C. V. Mosby Company 1953. p. 727-730.
- 7.—*Ophtalmic Pathology, An Atlas and Textbook*. W. B. Saunders 1952.
- 8.—Ash, J. E. and Wilder G. C.: *Epithelial tumors of the limbus*, *J. Am. Acad. Opth.* 46: 215-222, 1942.
- 9.—Mc. Gavin, J. S.: *Intraepithelial Epithelioma of the Cornea*, *Am. J. Opth.* 25: 167, 1942.
- 10.—Woods, A. C.: *Tumors of the conjunctiva*, *Lewis Practice of Sugery, Chapter I Vol IV* p. 192-195. 1958.