

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"TUMORES CONJUNTIVALES"

Estudio Retrospectivo de la Casuística presentada  
en el HOSPITAL RODOLFO ROBLES  
1979 — 1980

JULIO ROBERTO BENITEZ BATHEN

GUATEMALA, ABRIL DE 1981

# PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES Y REVISION LITERARIA
- III. OBJETIVOS
- IV. JUSTIFICACION E HIPOTESIS
- V. MATERIAL Y METODOS
- VI. PRESENTACION DE RESULTADOS
- VII. DISCUSION
- VIII. CONCLUSIONES
- IX. RECOMENDACIONES
- X. BIBLIOGRAFIA

## I. INTRODUCCION

El presente trabajo de tesis es un enfoque sencillo de una patología oftalmológica bastante frecuente, destinado al médico general, de tal forma que, pueda obtener los elementos fundamentales para su detección y buen manejo.

En este informe se incluirá, de una forma general, una revisión teórica básica del tema a investigar, es decir, TUMORES CONJUNTIVALES para luego entrar al análisis de los resultados de la casuística presentada y, con esto, poder abstraer el máximo de contenido del mismo.

Los datos que se presentarán serán los resultados del estudio retrospectivo de la casuística detectada en el Hospital Rodolfo Roales, durante el período correspondiente a los años de 1979 y 1980.

## II. ANTECEDENTES

Después de llevar a cabo una revisión minuciosa de los trabajos realizados hasta la fecha, puedo concluir que no existe revisión similar a la presente. Únicamente se encontró trabajos que se limitaban a estudiar un solo rubro, V.G. Pterigión.

Debido a esto, creo que la presente investigación se torna de especial importancia. Por lo que a continuación se presenta una Revisión Literaria de los principales tumores de la conjuntiva de lo más actualizada.

### REVISION LITERARIA

#### GENERALIDADES:

Los Tumores Conjuntivales son neoformaciones constituidas por acumulación anormal de células, cuyo crecimiento excede del tejido conjuntival normal de una forma independiente e incoordinada con el mismo.

La conjuntiva es una membrana mucosa, la cual forma parte del tegumento externo que cubre la superficie posterior de los párpados y la anterior del globo ocular, a excepción de la córnea. Con fines prácticos y clínicos, la conjuntiva se ha dividido en varias porciones que a continuación se describen.

La conjuntiva palpebral está firmemente adherida al tarso, no así a nivel del fórnix, donde el tejido sub-conjuntival es areo

lar, formando pliegues que aseguran la movilidad del globo y agrandan la superficie secretoria. La conjuntiva Bulbar está, con desenvoltura, adherida a la esclera, no así a nivel del limbo o unión esclerocorneal. El pliegue semilunar es suave, móvil, situado en el canto interno, entre la carúncula y el globo; corresponde al tercer párpado de ciertos mamíferos. La carúncula está formada por otro pliegue cercano al canto interno, constituyendo una zona de transición donde se intermezclan elementos cutáneos y de membrana mucosa, al igual que en el margen palpebral y en la región limbal.

#### HISTOLOGIA:

Dos o más capas de células cilíndricas de tipo columnar, es tratificado cubren la mayoría de la conjuntiva. A nivel del margen palpebral y conjuntiva limbal, está presente epitelio escamoso de tipo estratificado, de transición. Las células basales son siempre cilíndricas y más profundamente teñidas, conteniendo pigmento cerca del limbo. A nivel de toda la capa basal del epitelio conjuntival bulbar, están distribuidas células melanocíticas.

El epitelio conjuntival es a menudo interrumpido por algunas islas del tipo escamoso y, a veces, cubren íntegramente el tarso. El estroma formado por tejido conectivo, el cual es delgado y denso sobre el tarso y móvil y grueso en el fórnix y globo; formando papilas a nivel limbal. El tejido linfoide está presente en el estroma superficial comenzando en el surco sub-tarsal extendiéndose alrededor de los fórnices hasta el limbo. Este tejido se desarrolla después de los 3-4 meses de edad. Melanocitos ramificados pueden encontrarse justo debajo de las capas epiteliales. El epitelio de la carúncula es denso del tipo escamoso estratificado.

Cierto número de "lanugo Hairs" con numerosas glándulas sebáceas son halladas a nivel de la cabeza. La sustancia propia de la carúncula contiene fibras elásticas y musculares estrías de la parte lagrimal del músculo orbicular oculi (musc. de Horner). También a nivel conjuntival existen varios tipos de glándulas como: lagrimales, lagrimales accesorias o de Krause; caliciformes; Zeis; Meibomio; Wolfring y las ya mencionadas sebáceas.

### TUMORES CONJUNTIVALES

ORIGEN	BENIGNOS	
<u>EPITELIO:</u>		
Células escamosas	papilomas escamosos	Carcinoma de Cel. Esc. Carcinoma in situ.
Cel. Germinativas		Carcinoma Baso-Cel.
<u>ENDOTELIO:</u>		
Vascular	Hemangiomas	
Linfático	Linfangiomas	
<u>RETICULO-END:</u>		Linfomas
<u>T. CONECTIVO:</u>	Fibromas	
<u>GLANDULAR:</u>	Adenomas Siringomas - o siringocistoadenoma	
<u>MELANOCITOS:</u>	Nevus	Melanoma
<u>MIXTOS:</u>	Dermoides	

A continuación del cuadro sinóptico, donde se describen de una forma esquematizada, los distintos tipos de tumores de la conjuntiva, se presenta una descripción de cada tumor en particular, haciendo la salvedad que, sólo se incluyen los observados en nuestro medio. Con esto, el lector podrá obtener los elementos necesarios para establecer un diagnóstico correcto y oportuno, - asumiendo una conducta adecuada y dirigiendo el caso a su proceso resolutivo.

Es importante recalcar la importancia y conveniencia de que, este tipo de patología oftalmológica debe de ser manejada en última instancia, por un especialista, a pesar de que como se leerá más adelante, en algunos casos la conducta es conservadora. Por tal motivo, todo paciente en quien se sospeche tumor de la conjuntiva, debe ser evaluado por un oftalmólogo.

## PAPILOMAS:

Se presentan frecuentemente en el limbo, carúncula y margen palpebral, debido a que prefieren sitios donde el epitelio es transicional.

Clínicamente se reconocen como masas suaves, carnosas, - pediculares o sésiles con superficie irregular (por poliferación - irregular del epitelio escamoso), dando la apariencia como coliflor o mora. En gente de piel clara, son de color rojo-grisáceo, en gente de raza negra o piel oscura por la presencia de melamina en la capa basal del epitelio los hace pigmentados pudiendo ser confundidos por un melanoma.

Los que aparecen en el limbo son de base ancha, aplanados y crecen lateralmente por encima de la conjuntiva o córnea. Presentan menos tendencia a la formación de papilas, por la presión de los párpados.

Los papilomas se clasifican de acuerdo a su etiología viral: El tipo infeccioso (verruga), tiende a ser múltiple, particularmente en niños menores, la lesión suele ser difusa y múltiple.

Si está localizado en el margen palpebral puede dar origen (por contacto) a una lesión en conjuntiva bulbar o en el margen opuesto.

Histológicamente los tipos viral y no viral, son similares.- Un papiloma no infeccioso tiende a desarrollarse dentro de un carcinoma de células escamosas y, en algunos casos, la clasificación de esta lesión es muy difícil.

## TRATAMIENTO :

Se considera un tratamiento adecuado a la excisión local completa del tumor.

Debido a su etiología, las recurrencias son muy frecuentes por lo que es difícil su total erradicación.

Los efectos indeseables secundarios hacen que la radioterapia sea muy poco usada.

## NEVUS:

Lesiones pigmentadas o no, que constituyen el tumor más común de la conjuntiva. Aproximadamente constituyen 1/3 de los tumores extirpados en esta estructura.

Comúnmente son vistos en o cerca del limbo, en el pliegue semilunar y en la carúncula. (En general en la región interpalpebral).

Su crecimiento puede afectar la córnea produciendo opacificación adyacente.

Los Nevus conjuntivales se clasifican así:

- a) Nevus de Unión
- b) Nevus Compuestos
- c) Nevus Sub-epitelial.

Clínicamente se presentan como lesiones ligeramente elevadas, bien localizadas y pigmentadas. Su forma y tamaño varían grandemente desde una manchita hasta un tumor que pueda in-

cluir tanto piel como margen palpebral, pliegue semilunar y carúncula; aunque en la mayoría de los casos se detectan pequeñas y discretas.

El color varía desde un color café claro, hasta negro azabache. En un 1/3 de los casos se presentan de color salmón.

Hay que tomar en cuenta que a menudo en pacientes pre-púberes estas lesiones son poco pigmentadas y, por el contrario, durante el embarazo, éstos aumentan su pigmentación.

El curso benigno de este tipo de tumores puede ir desde una simple disminución del pigmento y/o reducción del número celular con el correspondiente tamaño, hasta la necrosis espontánea y su desaparición.

#### TRATAMIENTO :

Biopsia-Excisión.

Si el tumor incluye la córnea se debe practicar una Keratectomía lamelar superficial.

Si para el procedimiento se dificulta la delimitación de la lesión, sobre todo en Nevus planos y de pigmentación parcial, es de gran utilidad el uso de luz ultravioleta (wood o Hague - light).

Los Nevus son Radioresistentes.

#### MELANOMA MALIGNO:

Los melanomas malignos son considerados dentro de los tumores existentes, de los más invasivos; pero, haciendo una comparación con los que se presentan en la piel y los conjuntivales, estos últimos son menos malignos.

Estas lesiones pueden originarse de:

- a) Nevus de Unión
- b) Nevus Compuestos
- c) Melanosis Cancerosa adquirida.
- d) De Etiología no determinada.

Con mucha frecuencia se presentan en la región limbal como una lesión bastante localizada; elevada; muchas veces pediculada. Puede ser único o múltiple; con acúmulos variables de pigmento; multinodulados a veces. Como hallazgos clínicos de importancia se encuentran: Vascularización aumentada y presencia de grandes vasos nutricios episclerales cursando dentro del tumor.

Histológicamente, este tumor maligno está compuesto usualmente, de grandes células epiteloides con núcleos nucleolados.

#### TRATAMIENTO :

Dependiendo de cada caso en particular puede ir desde una excisión local con Keratectomía profunda, hasta la exenteración de la órbita y resección ganglionar periférica, con la colocación de injertos correspondientes.

En estos casos no está indicada la radiación. Además, pueden usarse técnicas como: Diatermia, Fotocoagulación, Criote-

rapia, Placa de cobalto-60, según la malignidad e invasividad del tumor.

## ANGIOMAS:

Son tumores congénitos clasificados como hematomas de apareamiento temprano.

En la conjuntiva pueden detectarse dos tipos de angiomas:

Hemangiomas y Linfangiomas.

**HEMANGIOMAS:** Estos tumores pueden dividirse a su vez en dos grandes grupos: H. Polimorfos y H. Monomorfos.

**H. Polimorfos:** Se originan de elementos formados en la etapa embrionaria del desarrollo del lecho vascular. Son entidades no claramente demarcadas. Estos tumores, como su nombre lo dice, presentan características de varios tipos.

Morfológicamente se clasifican de acuerdo al patrón de crecimiento así:

- H. Angioblástico
- H. Capilar
- H. Cavernoso
- H. Racemoso
- H. Telangiectásico.

**H. Angioblástico:**

Compuestos por células primitivas endoteliales anaplási-

sicas, similares a las encontradas antes del desarrollo embrionario de los canales vasculares. Es el más frecuente en los recién nacidos.

En los recién nacidos los hemangiomas presentan un comportamiento distinto que en el adulto, porque, en su mayoría, alcanzan regresión espontánea.

Existen estimaciones que afirman que el 1-2 % de los niños a término presentan Hemangiomas del tipo angioblástico en algún lugar de la piel. (También llamado H. Hipertrófico, Hemangiopitelioma benigno o Hemangioma fresa).

Se ha encontrado una relación directamente proporcional entre la incidencia de hemangiomas y prematuros con antecedentes de oxigenoterapia y/o fibroplasia retrolental. Y una relación inversa con el peso corporal.

**H. Capilar:**

Es el tumor más frecuente en la piel, compuesto del revestimiento endotelial de los canales vasculares con diámetro equivalente a los capilares normales.

**H. Cavernoso:**

El más frecuente en la conjuntiva. En su mayoría se presentan en el canto interno, cerca de la carúncula y pliegue semilunar. Contiene canales vasculares que pueden ser tan grandes como una vena o arteria de mediano calibre.

Cuando se originan en el limbo su invasión es sobre la córnea, por carecer ésta de vascularización. En cambio, de la esclera en sí, o de sus vasos puede originarse un hemangioma sub-

conjuntival.

H. Racemoso:

Raramente se presentan en la conjuntiva. En algunos casos, hemorragias espontáneas conjuntivales sugieren o indican la presencia de este tipo de tumor, así como de Melanomas malignos.

H. Telangiectásico:

Como hallazgos de: la enfermedad de Fabry (angioqueratoma corporal difuso), acompañado de opacidades corneales; de la enfermedad de Osler-Weber-Rendú (telangetasia Hemorrágica hereditaria), y en menor frecuencia como manchas de Morgan. Como componente del rarísimo síndrome CRST (Calcinosis, fenómeno de Raynaud, esclerodactilia y telangiectasia) relacionado con esclerodermia.

#### TRATAMIENTO:

Existen seis esquemas o formas de tratamiento según el caso:

1o. Observación o Tratamiento conservador:

La mayoría presenta regresión espontánea (recién nacidos). Debe vigilarse: progresión acelerada, alteración de los párpados con creación de desfiguración, obstrucción de la visión que puede inducir ambliopia ex-anopsia.

2o. Crioterapia:

Es efectiva si el tumor es superficial.

3o. Soluciones Esclerosantes:

Si el tumor incluye estructuras sub-cutáneas.

Morrhuate de Sodio al 5%  
Psilliato de Sodio al 2% Dosis inicial de 0.3-0.5 ml.

La dosis puede ser aumentada cada dos o cuatro semanas a 1 ml. Su inyección debe de ser directa cuidando no infiltrar tejidos vecinos, sobre todo, al globo ocular.

Si es posible palpar los vasos aferentes suplidores del tumor, puede usarse un vasoconstrictor como el Sotradecol - en una solución acuosa al 1% en 2 ó 3 inyecciones de 0.2-0.3 ml. o el Morrhuate de sodio al 5%.

Con esta técnica se logran mejores resultados cosméticos.

4o. Radiación:

Está indicada con hemangiomas grandes y progresivos que no responden a las soluciones esclerosantes, ni a la crioterapia y, en los cuales, la cirugía no está indicada. La radiosensibilidad de estos tumores permite el uso de pequeñas dosis, pudiendo minimizar la posibilidad de secuelas indeseables.

Una única dosis de 250-300 rads en aire, puede ser suficiente para iniciar la regresión.

Parámetros de radioterapia: 80 Kv, distancia focal a la piel: 15-20 cms. 1/2 valor de la capa: 1-2 mm. Al

## 5o. Cirugía

Si es localizado y encapsulado; sobre todo, después del uso de soluciones esclerosantes o vasoconstrictoras.

## 6o. Quimioterapia:

Han sido reportados casos en los cuales el curso clínico involutivo ha sido acelerado con tratamiento sistemático de corticoesteroides.

LINFANGIOMAS: Son tumores linfo-vasculares benignos, congénitos de progresión lenta. Su diagnóstico es fácil. Existen lesiones que sugieren su presencia como: Linfangiomas faciales ipsilaterales; en la cavidad nasal; senos para-nasales o paladar.

- Consisten en espacios linfáticos de varios tamaños de tejido conectivo.

Es imposible separarlas de los linfangiectasias. Su principal complicación consiste en hemorragias a repetición dentro del tumor.

Es frecuente observar que, cuando existe una IRS (Infección Respiratoria Superior), se acentúan.

## TRATAMIENTO:

Electrocauterización o cirugía si es localizado.

## DERMOIDES:

Son tumores benignos, congénitos que se presentan en la región limbal temporal, de una forma bilateral en la mayoría.

Son masas sólidas blanquecinas, elevadas, localizadas y situadas parcialmente sobre la córnea y sobre la esclera. Usualmente presentan superficie lisa Keratinizada con vellos, y algunas veces se encuentran evidencias de secreciones (por apéndices glandulares).

El tumor puede interferir con la visión de varias formas: produciendo astigmatismo o extendiéndose al área pupilar.

## TRATAMIENTO:

Con este tipo de tumores la conducta a seguir es conservadora. Su excisión está indicada cuando interfiere con la visión o con fines cosméticos.

## LINFOMAS:

Este tipo de tumor puede presentarse independientemente o asociado a un linfosarcoma generalizado; Enfermedad de Hodgkin o acompañar a una leucemia linfoblástica.

Frecuentemente se presenta como un tumor liso, ligeramente carnoso y elevado, el cual se forma a nivel de la carúncula y el fórnix.

Son, por lo regular, bilaterales y aparecen después de la 2da. década de la vida.

Son considerados como Hiperplasias linfocíticas benignas.

## TRATAMIENTO:

Responden muy bien a pequeñas dosis de radiación si son tu

mores independientes localizados. No así, si son el resultado de un mal generalizado.

### CARCINOMAS DE LA CONJUNTIVA:

Existen tres entidades que pueden dar origen a un carcinoma, tales son:

- a) Leukoplakia
- b) Epitelioma intraepitelial
- c) Papiloma

Estas entidades pueden presentarse espontáneamente o secundaria a procesos inflamatorios, irradiación, exposición a químicos o exposición prolongada al aire.

Los del tipo epidermoide son diez veces más frecuentes que los Baso-celulares.

#### Carcinoma In Situ:

Este tipo de tumor presenta cambios epiteliales similares a los de células escamosas. Hay aumento del número de células, con núcleos grandes y atípicos y pérdida de la polaridad de las células escamosas o sea que asumen una orientación desordenada.

Usualmente el epitelio muestra acantosis y las células neoplásicas son de menor tamaño con núcleo típicamente hiper cromático con signos de proliferación activa.

El criterio histopatológico más importante y definitivo es la presencia de una membrana basal sub-epitelial intacta.

#### Carcinoma de Células Escamosas:

Cuando un carcinoma presenta las características Histológicas anteriores y se detecta una invasión hacia el estroma y/o sustancia propia de la membrana basal, se considera a éste, un carcinoma de células escamosas.

Usualmente aparecen en la región limbal, debido a su predilección por tejido con epitelio de transición, se extienden sobre la córnea y conjuntiva bulbar adyacente. Algunas veces invaden la esclerótica y, muy raras veces, la córnea, debido a que la membrana de Bowman actúa como barrera en contra de la invasión.

En casos extremos puede diseminarse intraocularmente.

Clínicamente la lesión es bastante circunscrita y elevada, de color blanco, debido a su contenido Keratínico dando la apariencia de una perla denudada.

Se observan grandes vasos nutricios conjuntivales que cursan hacia él.

En ciertos casos puede ser confundido por un papiloma, hasta incluso Histológicamente, cuando el tumor está en período de transición.

Este tipo de tumores se presentan en forma significativa en ancianos varones. Están relacionados con la luz solar ocurriendo con mayor frecuencia en el trópico. Es interesante, entonces, hacer notar que este tumor tiende a desarrollarse en la apertura interpalpebral.

### Carcinoma de Células Basales:

Esta variedad de epiteloma originado en las células germinativas primarias epiteliales, no tiene predilección a región alguna, más sin embargo, se ha observado, sobre todo, en área de exposición a la luz solar.

Como es ya sabido, la capa basal de la epidermis contiene normalmente tres componentes celulares:

- Células basales
- Células melanocíticas
- Células germinativas primarias epiteliales.

Cabe aquí, citar que su denominación común puede dar a pensar equivocadamente que este tumor se origina de células basales.

Se presenta comúnmente como una lesión con úlcera central que progresa lentamente circundado por un borde laminado, nacarado y a menudo brillante.

A veces este tumor presenta otras características que pueden dificultar su diagnóstico; por ejemplo el tipo quístico.

### TRATAMIENTO:

Excisión, si el tumor es localizado pudiendo obtener buenos bordes.

Si durante el acto operatorio el tumor muestra tendencia invasiva dentro de la esclera, puede ser necesaria la enucleación o una excisión profunda con radioterapia suplementaria.

Hay que tomar muy en cuenta en los post-operatorios de masas profundas en la región limbal, debido a la incidencia de glaucoma, secundario a contracturas cicatrizales.

Se recomienda una radioterapia a dosis de 5,000 a 6,000 - rads en aplicaciones semanales.

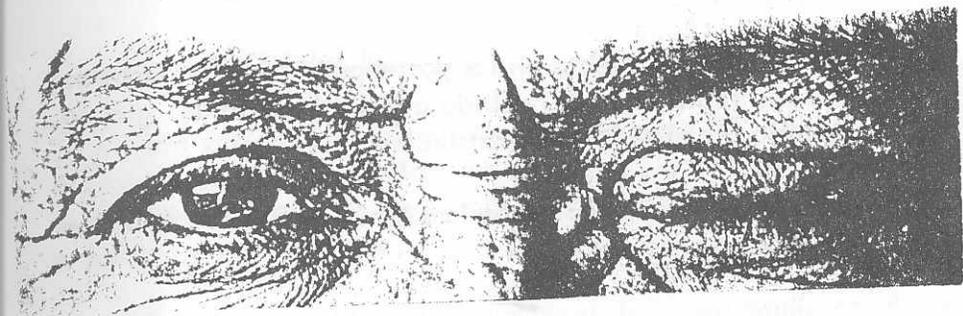
### FIBROMAS Y NEUROFIBROMAS:

Extremadamente raros en conjuntiva. Consisten en pequeñas masas de tejido conectivo denso de más o menos 1 a 2 mm. de diámetro y 1 a 2 mm. de elevación, son firmes, insensibles, fijos y cubiertos por epitelio normal.

Este tipo de lesiones fibrosas representan hiperplasias reactivas por lo que son consideradas como Pseudotumores inflamatorios.

Siempre que se detecte este tipo de lesión, debe tenerse en mente, la enfermedad de von Recklinghausen.

Su tratamiento es conservador con esteroides tópicos.



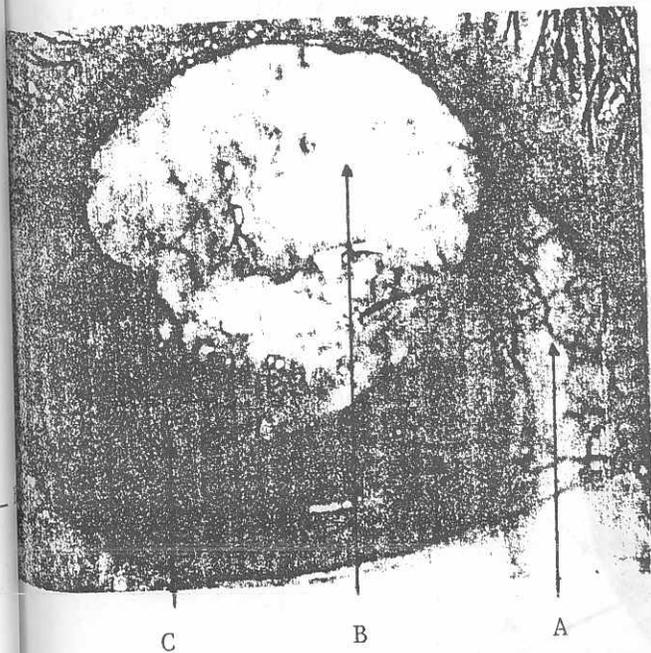
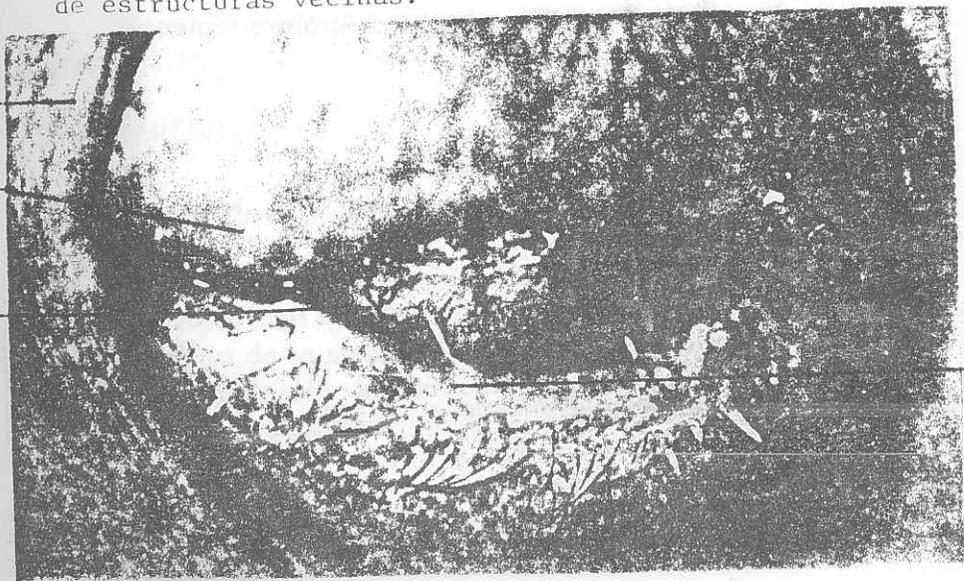
Fotografía 1: Epitelioma Baso-celular avanzado de O.S.; originado en conjuntiva bulbar-nasal, con invasión franca a conjuntivas tarsales y estructuras adyacentes. (Fot.de Archivo personal. Tomada en Hosp,Roosevelt.'81)



Fotografía 3: Muestra el mismo caso de las fotografías anteriores, Epitelioma Baso-Celular. Fotografía tomada 2 años antes, por médicos del Hospital R. ROBLES. 1978 (Archivo H.R.Robles).

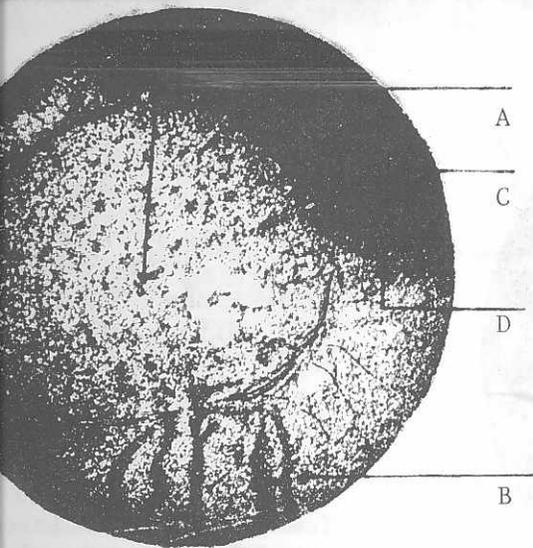
Tumor inicial de la conjuntiva bulbar nasal inferior de O.S.

Fotografía 2: Acercamiento de O.S. del mismo caso de Fot.1.  
 A: Grandes vasos nutricios cursando hacia el tumor primario.  
 B: Engrosamiento del Margen Palpebral.  
 C: Edema con marcada induración, secundarios a la invasión de estructuras vecinas.



Fotografía 4: Carcinoma de Células escamosas, originado en el limbo, área nasal Sup. de O.S.-

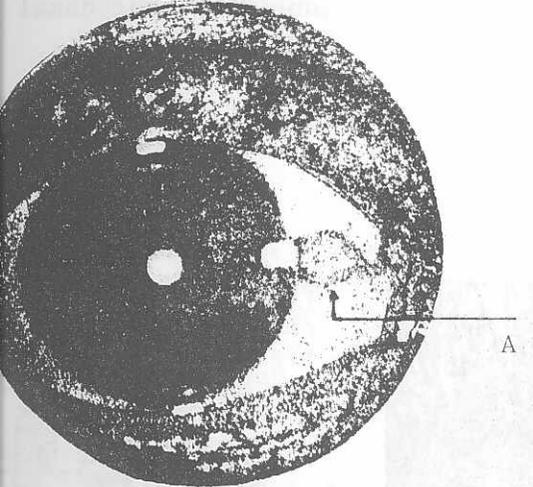
A: Vascularización aumentada.  
 B: Superficie Tumoral Keratinizada.  
 C: Córnea.  
 (Archivo H.R.Robles).



Fotografía 5: Papiloma gigante, plano de la conjuntiva bulbar.

- A: Superficie Tumoral irregular.
- B: Vasos Nutricios.
- C: Córnea.
- D: Limbo.

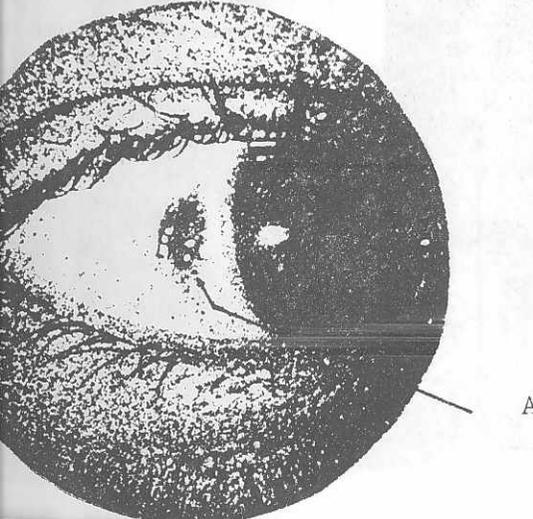
(Archivo H.R.Robles).



Fotografía 6: Epitelioma de células basales inicial en conjuntiva bulbar nasal de O.D.

- A: Elevación Tumoral.

(Fot.Archivo H.R.Robles)



Fotografía 7: Nevus de la conjuntiva bulbar externa

- A: Nevus.

(Fot.Archivo H.R.Robles).

### III. OBJETIVOS

1. Brindar tanto al médico general como al especialista, una fuente de información actualizada sobre la entidad oftalmológica: Tumores conjuntivales;
2. Establecer las características con que se presentan, en nuestro medio, dichas entidades.
3. Determinar el tipo de tumor conjuntival más frecuente en la población guatemalteca durante los pasados dos años.
4. Establecer y/o descartar la relación entre este tipo de patología y;
  - Edad
  - Sexo
  - Raza.
5. Evidenciar el grado de frecuencia con que se presenta esta patología en el Hospital Rodolfo Robles.

#### IV. JUSTIFICACION

Como parte final de la actividad curricular del estudiante de Medicina, la Facultad de Ciencias Médicas ha dado énfasis especial a la importancia de llevar a cabo un trabajo de investigación de carácter científico, previo a optar el título de Médico y Cirujano, ya que a la vez que se ejercita y fomenta un espíritu crítico científico, se brinda un servicio a la medicina guatemalteca y, en última instancia, a la Comunidad.

Tomando en cuenta la frecuencia con que se presentan los tumores conjuntivales y, según algunas referencias de médicos en servicio, no existe, hasta la fecha, revisión similar de esta patología; creo que más que interesante, es necesario llevar a cabo una investigación que centre su interés en este rubro.

#### HIPO TESIS

La distribución de acuerdo al grado de frecuencia de los tumores de la conjuntiva estudiados no corresponde a la literatura extranjera.

Para el diagnóstico preciso de tumores conjuntivales, los procedimientos diagnósticos disponibles en Guatemala son suficientes y adecuados.

#### V. MATERIAL Y METODOS

##### MATERIAL:

- 1.- Pacientes que presentaron, como causa primaria, tumor de la conjuntiva en el Hospital Rodolfo Robles en '79-'80.
- 2.- Historias Clínicas. (Expedientes).
- 3.- Fichas de Registro de Pacientes por diagnóstico. (Archivo Hosp. Rodolfo Robles).
- 4.- Ficha Especial de Recopilación de Datos.
- 5.- Cámara Fotográfica.
- 6.- Otros.

##### METODO:

Para la presente investigación se siguieron los lineamientos que establece el método científico de un carácter DEDUCTIVO, siguiendo las siguientes Técnicas y Procedimientos:

- Diseño y manufactura de la ficha para la recopilación de datos.
- Determinación e identificación de los casos con la patología a estudiar.

- Acceso a Historias Clínicas.
- Recopilación de Datos.
- Tabulación de Datos.
- Procesamiento Estadístico.
- Presentación de Datos y Resultados.
- Descripción y Análisis de resultados.
- Conclusiones y Recomendaciones.
- Comentario General.
- Elaboración del Informe Final.

Todo esto dirigido de acuerdo a un trabajo de tipo Explicativo; longitudinal de carácter Retrospectivo.

PRESENTACION  
DE  
RESULTADOS

## TUMORES DE LA CONJUNTIVA

### DISTRIBUCION POR ORDEN DE FRECUENCIA

Tumor	# casos	%
* PAPILOMAS	15	30
* NEVUS	11	22
* CARCINOMA EPIDERMÓIDE	8	16
* CARCINOMA BASO-CELULAR	6	12
* HEMANGIOMAS	5	10
* LINFANGIOMAS	2	4
* NO ESPECIF. Dx.	2	4
* PSEUDOLINFOMA	1	2
TOTAL	50	100

FUENTE: Investigación Personal. Hosp. Rodolfo Robles. 1979-1980

## TUMORES DE LA CONJUNTIVA

### BASE DIAGNOSTICA

* CLINICA UNICAMENTE	42
* ANAT. PATOLÓGICA	8
TOTAL	50

### CORRESPONDENCIA DIAGNOSTICA

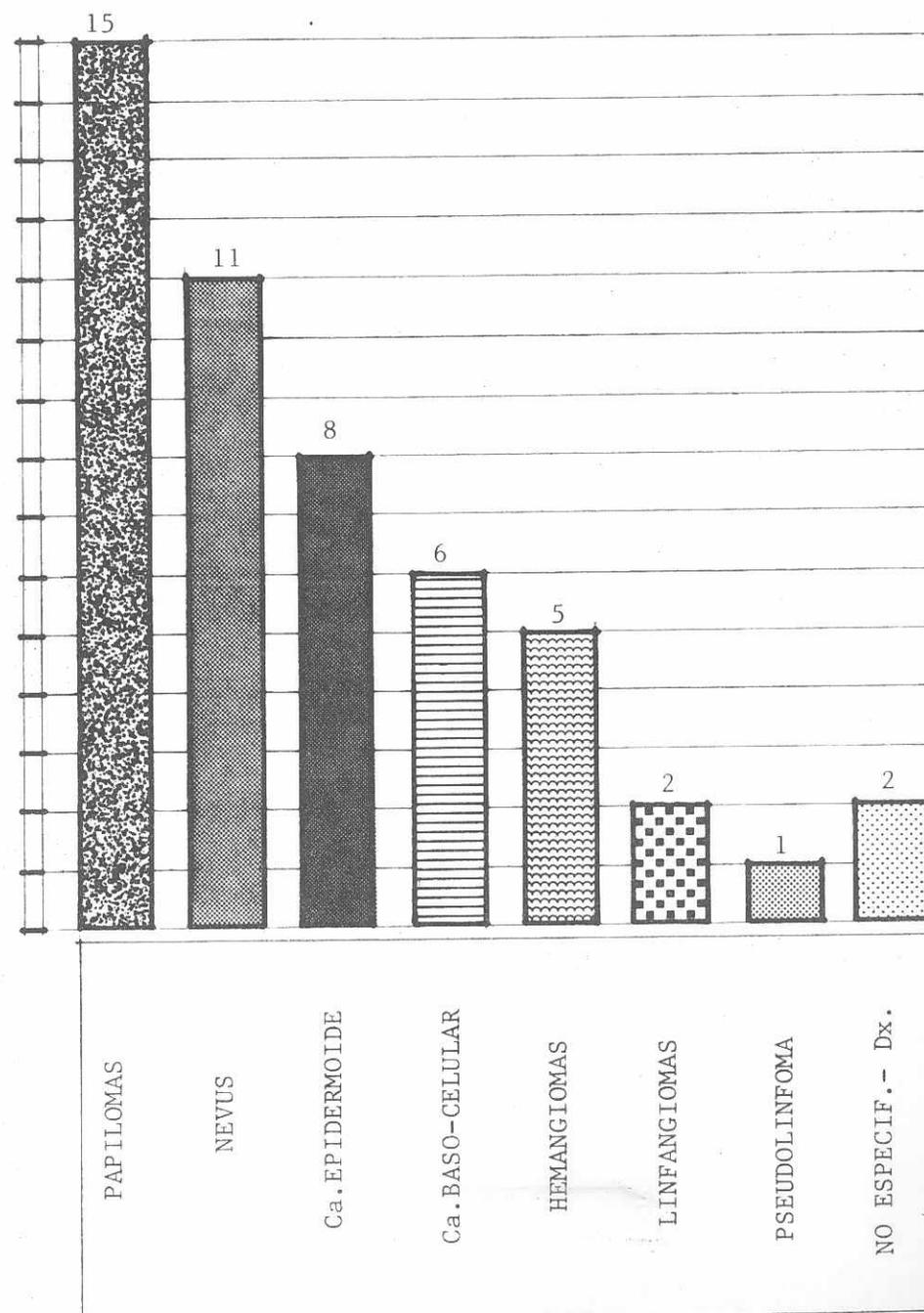
#### IMPRESION CLINICA-ANAT. PATOLOG.

* CORRESPONDEN	7
* NO CORRESPONDEN	1
TOTAL	8

FUENTE: Investigación Personal. Hosp. Rodolfo Robles. 1979-1980.

## TUMORES DE LA CONJUNTIVA

### DISTRIBUCION POR ORDEN DE FRECUENCIA



FUENTE: Invest. Personal. Hosp. Rodolfo Robles. 1979-'80.

TUMORES DE LA CONJUNTIVA

- DISTRIBUCION POR LOCALIZACION TUMORAL  
Y EN ORDEN DE FRECUENCIA

									TUMOR									
CBN	CBT	CTIS	CTII	CTEI	CTES	CLN	CLT	CARUNC.		CBN	CBT	CTIS	CTII	CTES	CTEI	CLN	CLT	CARUNC.
3	0	0	3	2	0	0	0	0	* PAPILOMAS	1	0	0	0	1	4	1	0	2
3	0	0	0	0	0	0	0	3	* NEVUS	2	0	0	0	1	0	0	0	2
3	1	0	0	0	0	0	0	0	* CARCINOMA EPIDERM OIDE	4	0	0	0	0	0	0	0	0
1	0	0	0	1	0	0	0	0	* CARCINOMA BASO-CELULAR	2	0	0	2	0	0	0	0	0
0	0	0	1	1	0	0	0	0	* HEMANGIOMA	0	0	0	0	1	2	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	* LINFANGIOMA	0	2	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	1	0	0	1	0	0	* NO ESPECIF. Dx.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	* PSEUDOLINFOMA	0	1	0	0	0	0	0	0	0
10	1	0	5	4	0	1	0	3	TOTALES	9	3	0	2	3	6	1	0	4

O. D.

O. S.

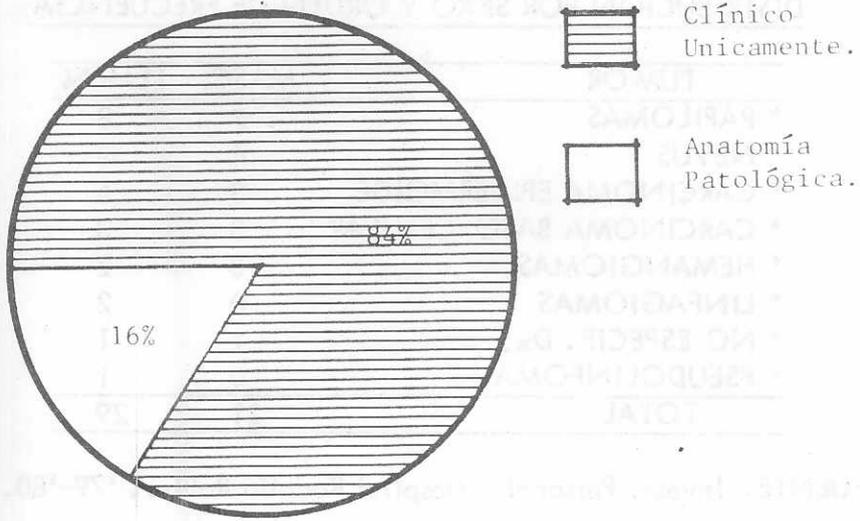
FUENTE: Investigación personal, Hospital Rodolfo Robles. 1979-1980.

CBN = Conj. Bulbar Nasal  
 CBT = Conj. Bulbar Temporal  
 CTIS = Conj. Tarsal Interna Superior  
 CTES = Conj. Tarsal Externa Superior

CTII = Conj. Tarsal Interna Inferior  
 CL = Conj. Limbal  
 CARUNC = Carúncula.

# TUMORES DE LA CONJUNTIVA

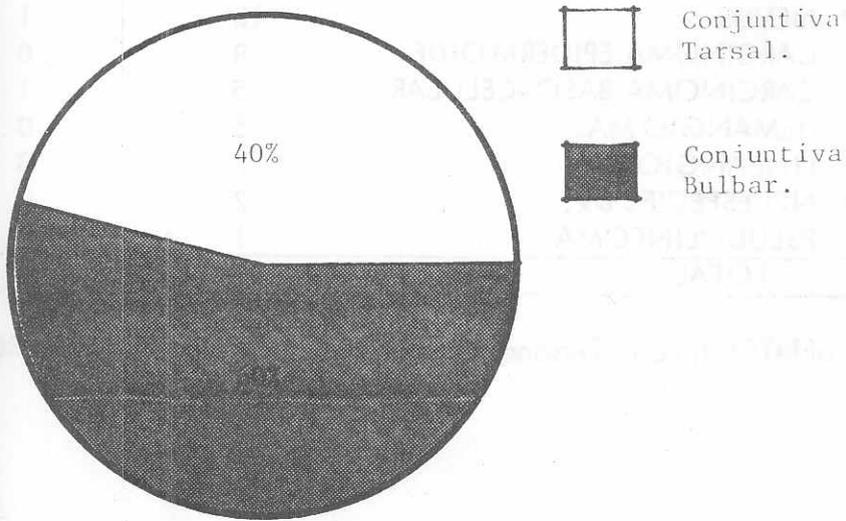
## BASE DIAGNOSTICA



FUENTE: Investigación Personal. Hosp. Rodolfo Robles. '79-'80.

## DISTRIBUCION POR PORCENTAJE

### SEGUN LOCALIZACION TUMORAL



TUMORES DE LA CONJUNTIVA

DISTRIBUCION POR SEXO Y ORDEN DE FRECUENCIA

TUMOR	MASC.	FEMEN.
* PAPILOMAS	7	8
* NEVUS	4	7
* CARCINOMA EPIDERMÓIDE	3	5
* CARCINOMA BASO-CELULAR	3	3
* HEMANGIOMAS	3	2
* LINFANGIOMAS	0	2
* NO ESPECIF. Dx.	1	1
* PSEUDOLINFOMA	0	1
TOTAL	21	29

FUENTE: Invest. Personal. Hospital Rodolfo Robles. '79-'80.

TUMORES DE LA CONJUNTIVA

DISTRIBUCION POR RAZA Y ORDEN DE FRECUENCIA

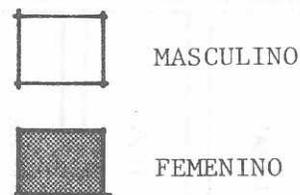
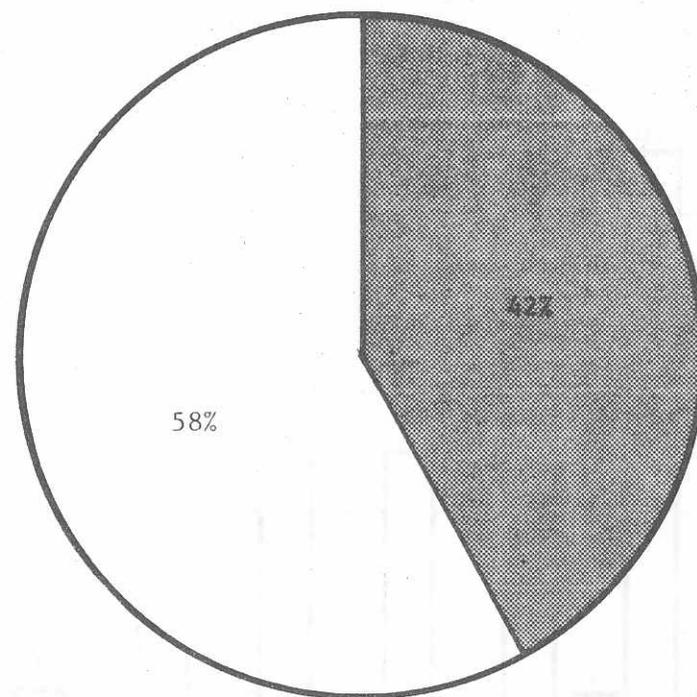
TUMOR	LADINA	INDIGENA
* PAPILOMAS	14	1
* NEVUS	10	1
* CARCINOMA EPIDERMÓIDE	8	0
* CARCINOMA BASO-CELULAR	5	1
* HEMANGIOMAS	5	0
* LINFANGIOMAS	2	0
* NO ESPECIF. Dx.	2	0
* PSEUDOLINFOMA	1	0
TOTAL	47	3

FUENTE: Invest. Personal. Hospital Rodolfo Robles. '79-'80.

TUMORES DE LA CONJUNTIVA

DISTRIBUCION POR PORCENTAJE

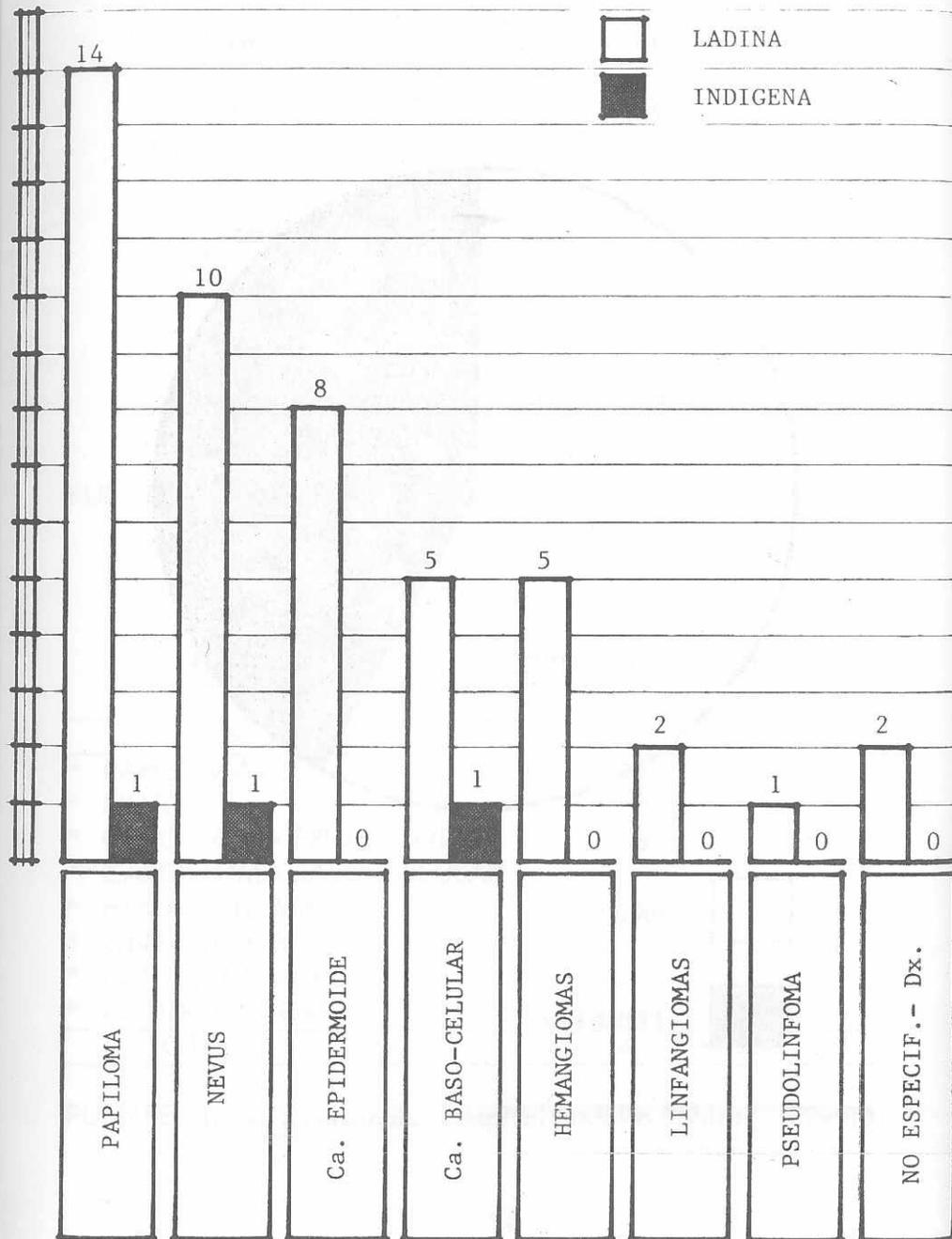
SEGUN SEXO



FUENTE: Investigación Personal. Hosp. R. Robles. 1979-'80.

TUMORES DE LA CONJUNTIVA

DISTRIBUCION POR RAZA Y ORDEN DE FRECUENCIA

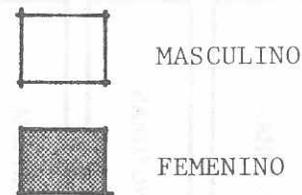
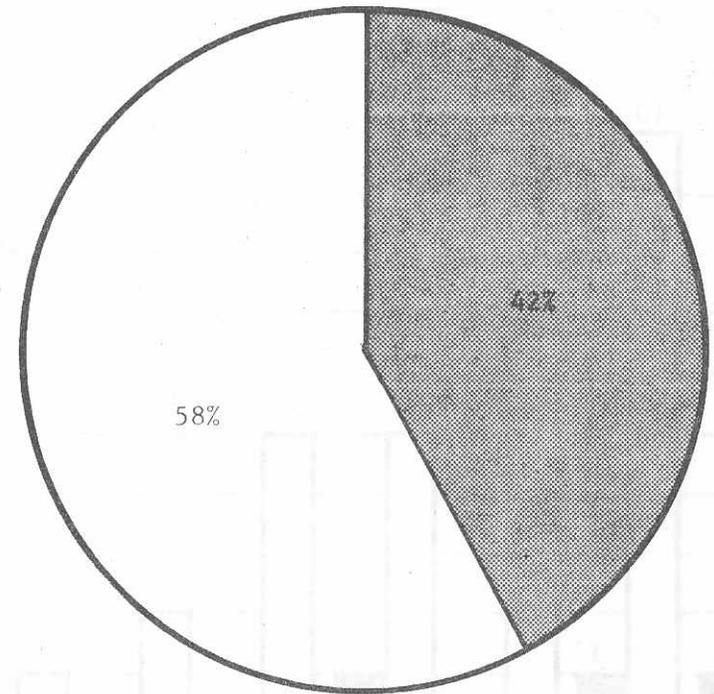


FUENTE: Investigación Personal Hosp. Rodolfo Robles. '79-'80.

TUMORES DE LA CONJUNTIVA

DISTRIBUCION POR PORCENTAJE

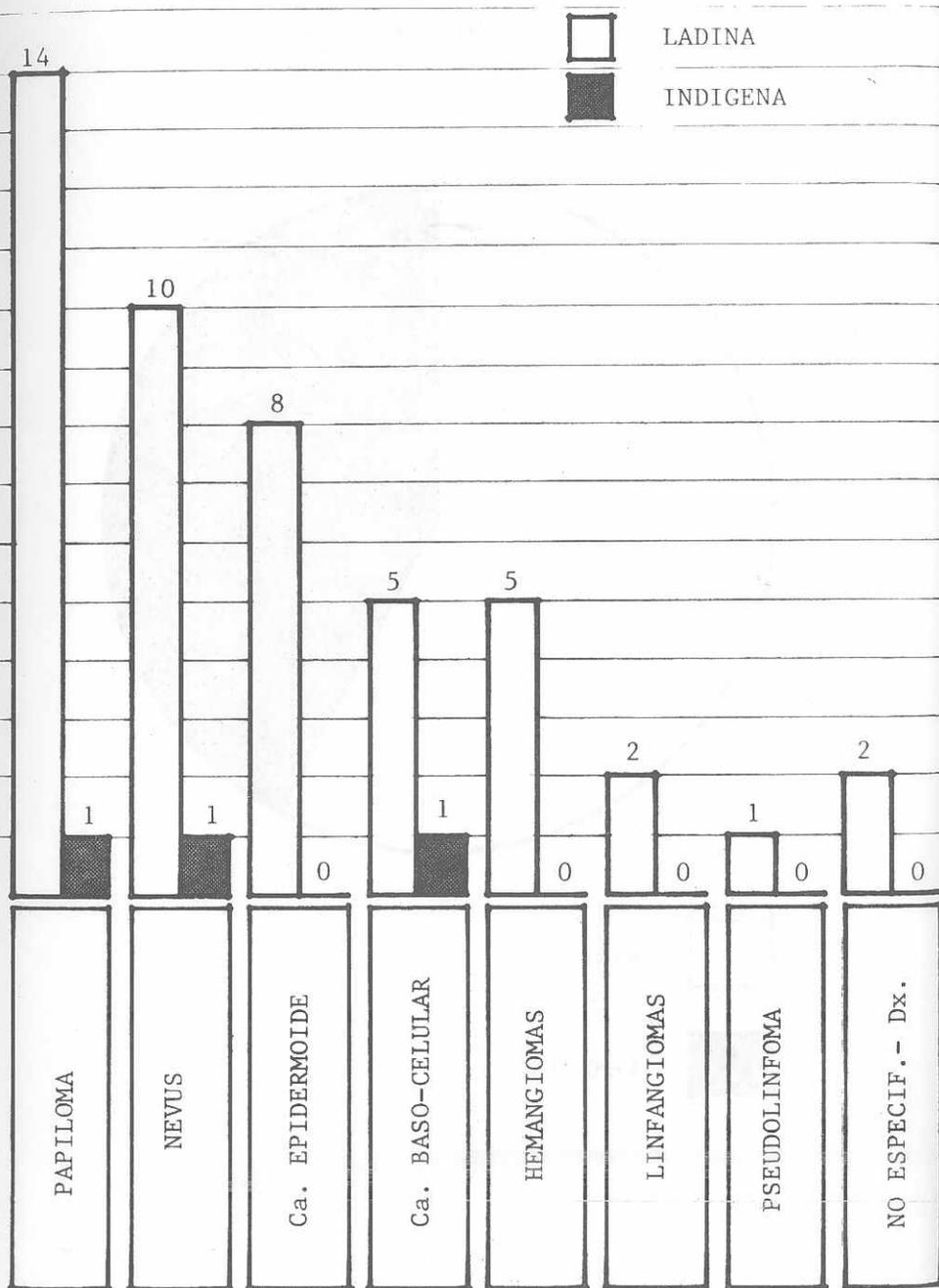
SEGUN SEXO



FUENTE: Investigación Personal. Hosp. R. Robles. 1979-'80.

TUMORES DE LA CONJUNTIVA

DISTRIBUCION POR RAZA Y ORDEN DE FRECUENCIA



FUENTE: Investigación Personal Hosp. Rodolfo Robles. '79-'80.

TUMORES DE LA CONJUNTIVA

DISTRIBUCION POR PORCENTAJE  
SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA

TUMOR	URBANO	RURAL
* PAPILOMAS	13	2
* NEVUS	8	3
* CARCINOMA EPIDERMOIDE	6	6
* CARCINOMA BASO-CELULAR	3	3
* HEMANGIOMAS	2	3
* LINFANGIOMAS	2	-
* NO ESPECIF. Dx.	2	-
* PSEUDOLINFOMA	-	1
TOTAL	36	14

FUENTE: Invest. Personal, Hosp. Rodolfo Robles. 1979-1980.

DISTRIBUCION POR PORCENTAJE  
SEGUN LUGAR DE PROCEDENCIA

TUMOR	URBANO	RURAL
* PAPILOMAS	11	4
* NEVUS	8	3
* CARCINOMA EPIDERMOIDE	2	6
* CARCINOMA BASO-CELULAR	2	4
* HEMANGIOMAS	2	3
* LINFANGIOMAS	-	2
* NO ESPECIF. Dx.	2	-
* PSEUDOLINFOMA	-	1
TOTAL	27	23

FUENTE: Invest. Personal, Hosp. Rodolfo Robles. 1979-1980.

TUMORES DE LA CONJUNTIVA

DISTRIBUCION ETAREA POR PORCENTAJE

1	2		22%
			3
	4		12%
	5		12%
	6		10%
	7		8%
24%			

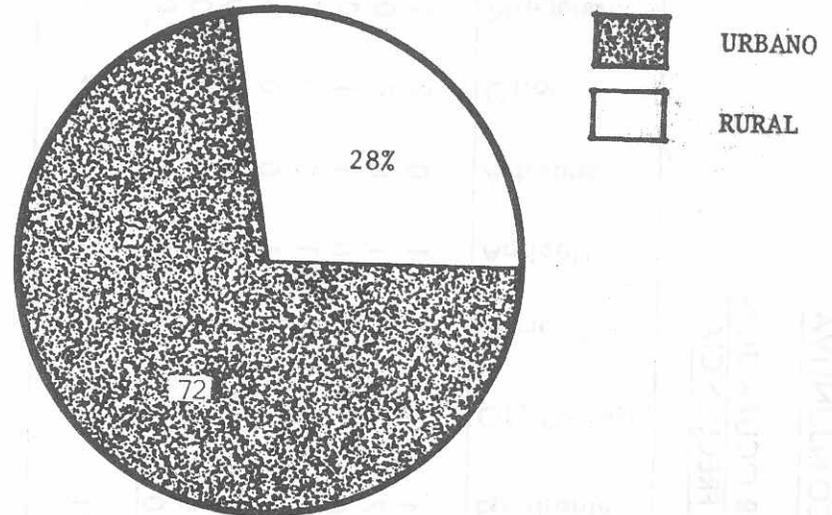
- |                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| 1. 15 a 20 años.      | 2. 50 o más años. |
| 3. Menores de 7 años. | 4. 21 a 30 años.  |
| 5. 31 a 40 años.      | 6. 7 a 14 años.   |
| 7. 41 a 50 años.      |                   |

FUENTE: Investigación Personal. Hosp. Rodolfo Robles. '79-80.

TUMORES DE LA CONJUNTIVA

DISTRIBUCION POR PORCENTAJE

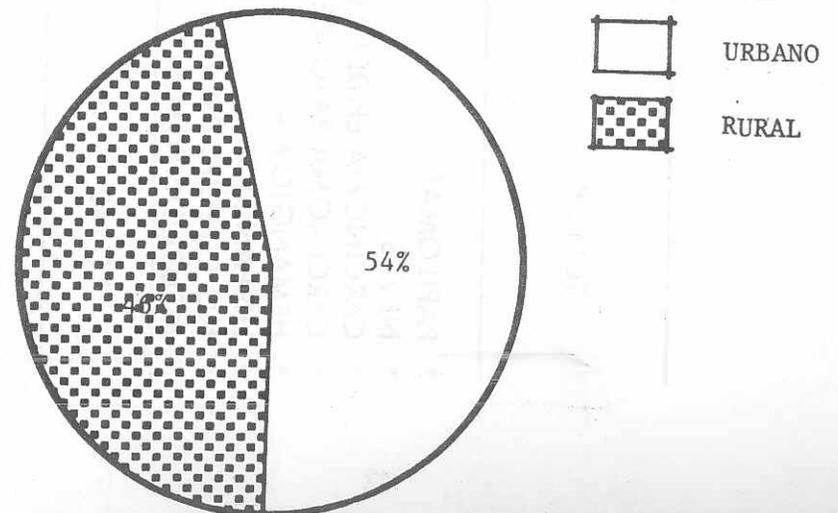
SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA



FUENTE: Investigación Personal. Hosp. Rodolfo Robles. '79-'80

DISTRIBUCION POR PORCENTAJE

SEGUN LUGAR DE PROCEDENCIA



TUMORES DE LA CONJUNTIVA

DISTRIBUCION POR OCUPACION  
Y EN ORDEN DE FRECUENCIA

TUMOR	-7 años	Estudiante	Of. Domest.	Comercio	Agricult.	Artesano	Otros	Ninguno	Operario
* PAPILOMAS	2	4	2	2	1	0	2	1	1
* NEVUS	0	7	2	1	1	0	0	1	0
* CARCINOMA EPIDERM OIDE	0	0	5	1	0	1	1	0	0
* CARCINOMA BASO-CELULAR	0	0	3	0	1	0	0	2	0
* HEMANGIOMA	3	0	1	0	1	0	0	0	0
* LINFANGIOMA	0	0	1	0	0	0	1	0	0
* NO ESPECIF. Dx.	0	0	1	0	0	1	0	0	0
* PSEUDOLINFOMA	0	0	1	0	0	0	0	0	0
TOTAL	5	11	16	4	4	2	4	3	1

FUENTE: Investigación Personal. Hospital Rodolfo Robles. 1979-1980.

VII. DISCUSION

Tomando en cuenta el número de casos de Tumores Conjuntivales Diagnosticados en el Hospital Rodolfo Robles y, el número total de primeras consultas, según aproximación personal, estas entidades constituyen cerca del 0.5% de primeras consultas y 1.5% del total de Consulta General.

Haciendo una comparación entre el contenido de la revisión literaria, que es un resumen de lo más importante descrito por autores extranjeros hasta la fecha, y los resultados obtenidos en la presente investigación, podemos afirmar que son muy similares.

El tumor más frecuente en este estudio (Papiloma), no corresponde al descrito por estos autores (Nevus); más sin embargo, no se aprecia diferencia significativa en la totalidad de los casos. (15 y 11 casos respectivamente).

Es interesante observar que estas entidades, en general, se comportan de una manera independiente en relación al sexo y estado civil del paciente.

Analizando el ambiente donde viven y proceden los pacientes bajo estudio, podemos observar que tres cuartas partes viven en lugares con características de tipo urbano. Cabe aquí mencionar que, la mayoría de pacientes consultantes viven en lugares donde los servicios de infraestructura (urbanización, drenajes, asfalto, agua potable domiciliar, etc.) están ausentes o dejan mucho que desear. Sumado a esto, una gran ciudad donde existen una serie de factores, como: Centralización industrial; mala disposición de desechos; incumplimiento y/o ausencia de reglamen

tación especial, hacen de ésta, un ambiente donde la polución incide directamente sobre la salud del habitante y, sobre todo, predispone a procesos irritantes del área ocular bajo estudio.

En cuanto al lugar de origen se refiere, los resultados están repartidos equitativamente.

Si observamos la gráfica de Distribución Etárea, podemos afirmar que la mitad de los casos se presentan de los 15 a los 20 años y en mayores de 50.

Particularizando un poco más, vemos en el cuadro correspondiente que, como lo expresa la literatura revisada, los Carcinomas se presentan en pacientes de edad avanzada, en este caso, la mitad o más se presentaron en pacientes mayores de 50 años.

Como hallazgo interesante, está el observado en el cuadro de distribución según Raza; donde observamos que la población ladina abarca un 94% de los casos. Partiendo de este hallazgo, es conveniente llevar a cabo el mismo estudio en un centro especializado del área rural, y así, poder hacer una comparación más adecuada. La razón de esto, es porque en esta institución la población indígena consultante es mínima.

Analizando la ocupación u oficio de los pacientes bajo estudio, podemos afirmar que un tercio de los mismos se dedican a oficios domésticos y a llevar estudios de distinto nivel.

Como es de conocimiento de todos, en nuestro medio existe el recurso-diagnóstico de llevar a cabo estudios histopatológicos. En este tipo de entidades, según el grado de evolución del caso, está indicado dos procedimientos: Biopsia-Muestra o Biopsia-Excisión. Por estas razones, podemos afirmar que en nuestro medio existen medios diagnósticos suficientes y adecuados para

este tipo de patología oftalmológica.

Observando los cuadros correspondientes a la localización tumoral, podemos establecer que, más de la mitad se presenta en la conjuntiva bulbar y carúncula de lado nasal, y que, un tercio de los casos se presentaron en el tarso inferior. Con esto podemos comprobar que, las áreas expuestas al medio ambiente son más afectadas por este tipo de patología.

## VIII. CONCLUSIONES

1. El número de casos de tumores de la conjuntiva, diagnosticados en el Hospital Rodolfo Robles, en los años de 1979 y 1980 fue de 50.
2. El tumor conjuntival más frecuente en la población estudiada es el Papiloma.
3. Los grupos etáreos más afectados por esta patología son los de 15 a 20 años y los mayores de 50.
4. Los tumores conjuntivales presentan un comportamiento independiente al sexo, ocurriendo en mayor grado en pacientes solteros y menores. La mayoría de los pacientes afectados pertenecen a la raza ladina.
5. Dentro de la población bajo estudio, la más afectada se dedica a oficios domésticos.
6. En cuanto al lugar de residencia, tres cuartas partes de la población investigada, vive en un ambiente urbano.
7. En la totalidad de los casos no se detectó antecedente alguno de importancia.
8. A pesar de que en Guatemala existen medios diagnósticos adecuados para esta patología oftalmológica, el 84% de los casos, el diagnóstico se basó en el carácter clínico únicamente.
9. De los casos diagnosticados por estudio anatomopatológico,

el 87% coincidió con el diagnóstico clínico, lo que deja un margen de error del 13% que, traducido a número de casos, equivale a 5 casos en los cuales el Dx. está equivocado.

10. En cuanto a incidencia se refiere, lo descrito por la literatura extranjera es muy similar con los resultados observados en la presente revisión.
11. En cuanto a la localización tumoral, más de la mitad de los casos de presentaron en áreas expuestas al medio ambiente.
12. En nuestro medio existen recursos adecuados para el buen manejo y tratamiento de estas entidades oftalmológicas.
13. La Calidad del registro de este tipo de patología, en los expedientes clínicos, adolece de marcadas deficiencias, careciendo de una serie de datos muy importantes, sobre todo de tipo descriptivo.

## IX. RECOMENDACIONES

1. Debido a la relativa alta frecuencia de esta patología, es conveniente promover una mejor atención a estas entidades.
2. Mejorar la calidad del registro en los expedientes clínicos, utilizando el recurso Gráfico-dibujo para detallar las características del tumor.
3. Establecer un Protocolo de Manejo para estos tumores.
4. Procurar, hasta donde sea posible y conveniente, llevar a cabo el estudio de anatomía patológica a cada uno de los casos donde se sospeche tumor conjuntival.
5. Llevar a cabo discusiones de casos con especialistas relacionados con estas entidades: Cirujanos Plásticos, Oncólogos, Patólogos, etc.
6. Promover el seguimiento constante de este tipo de estudios, manteniéndolos siempre actualizados.

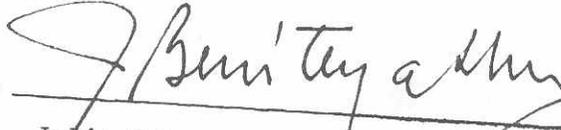
## X. BIBLIOGRAFIA

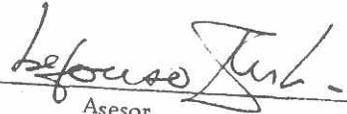
1. TUMOR OF THE EYE, A.B. REESE. M.D.,  
Medical Dept. Harper and Row Publishers, Inc. 3rd. Edition.  
Hagerstown, Maryland 1981.  
U.S.A.
2. OCULAR PATHOLOGY, a text and Atlas;  
Myron Yanoff M.D.; beu S. Fine M.D.;  
Medical Department, Harper and Row Publishers Inc.  
Maryland, 1975, U.S.A.
3. OPHTHALMIC PATHOLOGY, an Atlas and Textbook;  
M.J. Hogan; L. E. Zimmerman M.D.; W.B. Saunders -  
Company, 2rd Edition. PH. 1962. U.S.A.
4. ADLER'S TEXTBOOK OF OPHTHALMOLOGY;  
Harold G. Scheie M.D.; Daniel Albert M.D.; W.B. -  
Saunders Company. 8th Edition, PH, 1969, U.S.A.
5. CLINICOPATHOLOGIC CORRELATION OF OCULAR  
DISEASE,  
A text and Stereoscopic Atlas. S.J. Apple and Maurice  
F. Rabb.  
The C.V. Mosby Company, Saint Louis, 1974, U.S.A.
6. TUMOR OF CONJUNTIVA. DR I. Groz, Hungarian Oph-  
thalmological Society, Edit. by Donal J. Lyle M.D. in  
Society Proceedings  
American Journal of Ophthalmology, Vol. 60 págs, 149-  
152.

7. DERMATOLOGIA OFTALMOLOGICA, Dr. Gunter W. - Korting, Rev. por M.L. Carralero. Edit. Científico Médica, Barcelona, España, 1970.
8. COLOR ATLAS OF ANTERIOR SEGMENT, EYE DISEASE IRA A ABRAHAMSON Jr. M.D. M.C., Graw-Hill. Book Company. N.Y. 1964, U.S.A.
9. MEDICAL MANAGEMENT OF OCULAR DISEASE, Ed. by Dan M. Gordon by 18 authors. Hoeber Medical Division, Harper and Row Publishers N.Y., 1965, U.S.A.
10. EXPERIMENTAL MALIGNANT MELANOMA; David L. Krohn M.D., Richard Brandt M.D.; American Journal of Ophthalmology, Vol. 70, pag. 753-754.
11. TREATMENT OF MALIGNANT CHOROIDAL MELANOMAS WITH PHOTOCOAGULATION M. Vogel M.D.; American Journal of Ophthalmology. - Vol. 74, pag. 1-2.
12. RECURRENT CARCINOMA IN SITU OF THE CONJUNCTIVA-CORNEAL (Bowen's Disease). N. Sunders M.D.; C. Bedotto M.D., American Journal of Ophthalmology Vol. 74. Pags. 688.
13. ELECTRO PUNCTURE, R. MORES M.D.; American Journal of Ophthalmology, Vol. 72, pag. 1094-95.
14. EYELID TUMORS, H.V. Allington and J.H. Allington Archives of Dermatology, Vol. 97 pag. 50, 1968.

15. ATLAS OF EXTERNAL DISEASES OF EYE, D.D. Donaldson M.D.; Vol. 2, Orbit, Lacrimal apparatus, eyelids and Conjunctiva, C.V. Mosby Company, St. Louis 1968. U.S.A.
16. CRYO THERAPY OF CONJUCTIVAL PAPILO MATA. M.E. Harkey and H.S. Metz. American Journal of Ophthalmology, Vol. 66 pag. 872-74.
17. THE ETIOLOGY OF KERATO ACANTHOMA, F.N. Ghadially; B.W. Barton; D.F. Kerridge, Cancer Vol. 16. pag. 603-611.
18. SIGNIFICANCE OF MARGINAL EXTENSION IN EXCISED BASAL-CELL CARCINOMA. C.A. Gooding; G. - White; M. Yatsunami. New England Journal of Medicine Vol. 273 pag. 923-924. 1965.
19. TRICHOEPITELIOMA, S.W. Bishop. Archives of ophthalmology. Vol. 74 pag. 4-8.
20. MULTIPLE SELF-HEALING EPITHELIOMA J.M. Burket; R.M. Coplan. Archives of Dermatology. Col. 90 Pag. 7-11. 1964.
21. HISTOLOGICALLY CONTROLLED EXCISION OF EYELID TUMORS. J.G. Cole. American Journal of Ophthalmology, Col. 70 Pag. 240-244, 1970.
22. EYELID TUMORS WITH REFERENCE TO LESIONS CONFUSED WITH SQUAMOUS CELL CARCINOMA. M. Boniuk; L.E. Zimmerman. Archives of Ophthalmology, Vol. 69. pag. 698-707.

23. TRATADO DE PATOLOGIA. D.R. S.L. Robbins;  
Edit, Interamericana, S.A. 5a. Ed. México, 1972.
24. DEFLETSEN, CAROLINA GOMEZ DE;  
Médico Residente del Depto. de Oftalmología Hospital  
Roosevelt. Comunicación personal, Enero 1980.
25. SOLORZANO, CARLOS M. Médico Jefe de Residentes  
del Depto. de Oftalmología.  
Comunicación Personal. Enero 1980.
26. MANUAL OF OCULAR DIAGNOSIS AND THERAPY, De  
borah Pavan-Langston, M.D.; Little, Brown and Company  
Inc., 1st. Edition. Boston, U.S.A., 1980.

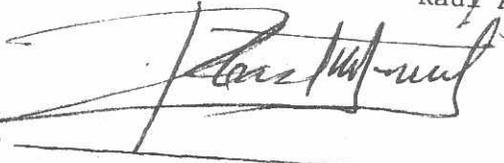
Br.   
Julio Roberto Benítez Bathen.

Dr.   
Asesor.  
Alfonso Wer Aguilar.

Dr.   
Revisor.  
Luis Felipe Hernández Matute.

  
Director de Fase III  
Carlos Waldheim.

Dr.   
Secretario  
Raúl A. Castillo Rodas.

Bo.   
Dr.   
Decano.  
Rolando Castillo Montalvo.