

Carcinoma de células escamosas de la conjuntiva en adultos jóvenes inmunocompetentes

Squamous cell carcinoma of the conjunctiva observed in immunocompromised young adults

Dr. Alexander Pérez Llanes, Dra. Francis Yalile Cárdenas Pérez, Dra. Yaima Hernández Sánchez, Dr. Yoandre Michel Carrazana Pérez, Dra. Bárbara Estrada Amador, Dra. Clara Gómez Cabrera

Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presentan dos casos de pacientes jóvenes VIH negativos, clínicamente inmunocompetentes, sin antecedentes de exposición actínica prolongada ni riesgo ocupacional, con diagnóstico de carcinoma escamoso de conjuntiva. Presentación inusual en este tipo de lesión que se caracteriza por ser más frecuente a partir de la sexta década de vida, en personas expuestas a las radiaciones ultravioletas o con inmunocompromiso. Su incidencia varía entre 0,13 y 1,9 casos por 100 000 habitantes y ocupa el segundo lugar en frecuencia de los tumores malignos oculares. Se realizó biopsia excisional amplia con margen de 5 mm, crioterapia en las márgenes de la lesión e injerto de membrana amniótica en ambos casos, sin recidiva tumoral en dos años de evolución.

Palabras clave: carcinoma de células escamosas, tumor ocular, tumor de conjuntiva.

ABSTRACT

Two cases of young HIV-negative clinically immunocompromised patients, with no history of prolonged actinic exposure or occupational risk, and diagnosed with squamous cell carcinoma of the conjunctiva were presented. This is an unusual presentation in this type of injury that is more frequent after 60 years of age in people exposed to ultraviolet radiation or immunocompromised. Its incidence ranges

0,13 to 1,9 cases per 100,000 pop and ranks second infrequency of ocular malignancies. Excisional biopsy was performed with a 5 mm wide margin, cryotherapy in the borders of the lesion and amniotic membrane grafting were also performed in both cases, without tumor recurrence after two years of evolution.

Key words: squamous cell carcinoma, ocular tumor, conjunctival tumor.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células escamosas (CCE) se define como células neoplásicas procedentes del epitelio conjuntival que invaden causando ruptura de la membrana basal epitelial de la conjuntiva e infiltración del corion, característica que lo diferencia del genérico grupo de las neoplasias intraepiteliales conjuntivales o displasias conjuntivales las cuales pueden dar origen al mismo o aparecer de *novo*, es decir, a partir de células aparentemente sanas.^{1,2}

En los casos típicos, el CCE es un tumor de crecimiento lento y por lo general puede invadir localmente las estructuras oculares y tejidos orbitarios adyacentes. Las metástasis a distancia son raras.

La incidencia de este cáncer varía entre 0,13 y 1,9 casos por 100 000 habitantes y ocupa el segundo lugar en frecuencia de los tumores malignos oculares. Es mayor en países tropicales donde las radiaciones ultravioletas son más intensas.¹

En un estudio realizado en Cuba por la Dra. *Gómez Cabrera* para conocer los tumores más frecuentes de la conjuntiva, se estudiaron 202 pacientes en un período de 10 años desde enero de 1985 hasta diciembre de 1995, y el carcinoma epidermoide ocupó el quinto lugar en la serie estudiada. Constituye el tumor maligno más frecuente de la conjuntiva.³

En otro estudio similar de 211 pacientes con tumores de anexos oculares, la misma autora reportó que los tumores de la conjuntiva más frecuentes fueron, en primer lugar, los nevus con 21 casos (10 %), seguidos por el carcinoma de células escamosas con 12 casos (5,7 %).⁴

Entre los factores de riesgo identificados se pueden mencionar las radiaciones ultravioletas B (290-320 nm), la ocupación, la raza, el área geográfica, el virus del papiloma humano, el paciente con xeroderma pigmentario, la edad avanzada y los inmunocomprometidos.^{1,2,5-7}

Es poco frecuente encontrar pacientes jóvenes VIH negativos y clínicamente inmunocompetentes con diagnóstico de CCE, por lo que presentamos dos casos de 18 y 27 años respectivamente, diagnosticados clínica e histológicamente y tratados en el Instituto Cubano de Oftalmología.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

Paciente femenina de 27 años de edad con antecedentes de salud, quien acudió a consulta por lesión conjuntival en el ojo derecho (OD) de crecimiento lento y progresivo (años de evolución indeterminados), sin otra sintomatología asociada.

No se recogieron antecedentes patológicos personales, familiares ni de exposición solar prolongada. Tampoco de infecciones respiratorias u de otro tipo a repetición que señale inmunocompromiso.

Como datos positivos al examen oftalmológico se encontró: agudeza visual sin corrección óptica (AVSC) de 1,0 en ambos ojos, presión intraocular 12 y 13 mmHg respectivamente con tonómetro de aire. En el OD en los anejos a nivel de la conjuntiva: hiperemia conjuntival y tumoración exofítica en conjuntiva bulbar, perilímbica en el área de exposición interpalpebral que se extendía desde el meridiano 1-5 y unos 3 mm sobre córnea, de color blanco nacarado y con vasos en su superficie (Fig. 1). Se diagnostica clínicamente como un carcinoma de células escamosas de conjuntiva. Se realizó ultrasonido ocular (negativo) y test de VIH (negativo).

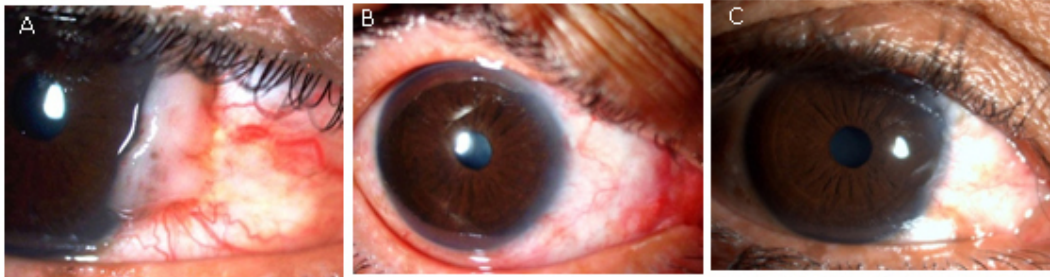


Fig. 1. A: al diagnóstico, B: al mes de la cirugía, C: a los dos años de evolución.

Se realizó biopsia excisional amplia con margen de 5 mm, crioterapia en las márgenes de la lesión e injerto de membrana amniótica. Se le dio seguimiento por un período de dos años sin que existiera recidiva de la lesión.

La biopsia informó: carcinoma de células escamosas (epidermoide) bien diferenciado en forma de dos áreas nodulares con focos de degeneración elastótica en el corion. La exéresis fue completa según los 12 cortes examinados.

Caso 2

Paciente masculino de 18 años de edad con antecedentes de salud; estudiante que acudió a consulta por lesión conjuntival en OD de crecimiento lento y progresivo. Refirió en ese ojo ocasionalmente molestias y sensación de cuerpo extraño.

No se recogieron antecedentes patológicos personales ni familiares de interés. No tenía historia de exposición solar prolongada. Tampoco de infecciones respiratorias o de otro tipo a repetición que señalara inmunocompromiso.

Los datos positivos al examen oftalmológico fueron: AVSC de 1,0 en ambos ojos, presión intraocular 15 y 14 mmHg respectivamente con tonómetro de aire. En el ojo derecho en la conjuntiva: hiperemia conjuntival y tumoración exofítica en conjuntiva bulbar, perilimbrica en el área de exposición interpalpebral, que se extendía desde el meridiano 2-4 y unos 2 mm sobre córnea, de aspecto carnoso y abundantes vasos en la superficie de la lesión (Fig. 2). Se hizo el diagnóstico presuntivo de carcinoma de células escamosas de conjuntiva. El ultrasonido ocular y el test de VIH fueron negativos.

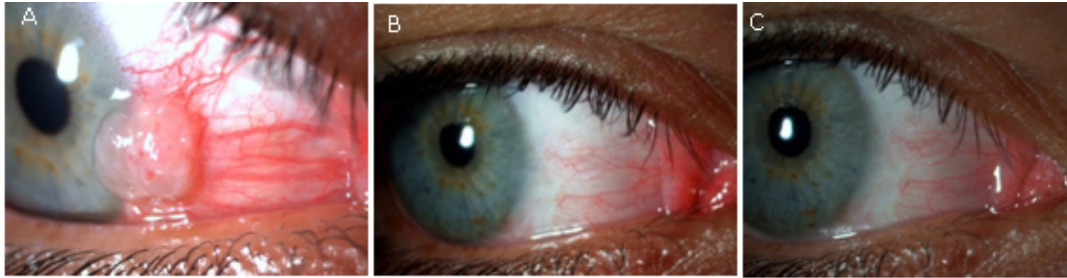


Fig. 2. A: al diagnóstico, B: al mes de la cirugía, C: a los dos años de evolución.

Se realizó el mismo proceder: biopsia excisional amplia con margen de 5 mm, crioterapia en las márgenes de la lesión e injerto de membrana amniótica. El resultado de la biopsia en este caso fue: fragmento de tejido donde se observaron áreas de displasia epitelial severa; pero hacia un extremo que ocupaba un tercio del fragmento se observó carcinoma de células escamosas epidermoide bien diferenciado, asociado a vasos de neoformación y un notable infiltrado inflamatorio crónico. La exéresis fue completa según los 12 cortes examinados. En el período de seguimiento de dos años no ocurrió recidiva de la lesión.

DISCUSIÓN

La incidencia anual del carcinoma de células escamosas de la conjuntiva es estimada entre 17 y 20 casos por millón de personas por año.⁸ Se conoce que afecta todos los grupos raciales. Entre los factores de riesgo se destacan la raza blanca y las áreas geográficas, donde las radiaciones solares son más intensas y están estrechamente relacionadas con la génesis de esta entidad.^{1,2,6-8}

En cuanto al sexo en nuestro país no se han encontrado diferencias significativas,⁴ aunque la mayoría de los autores mencionan que el sexo masculino es generalmente el más afectado por el riesgo ocupacional.

La edad de mayor incidencia es a partir de la sexta década de la vida; sin embargo, como se muestra con estos dos casos, no es factor determinante, y siempre que se sospeche el diagnóstico de esta entidad, aunque sea en pacientes más jóvenes, no dudar en una biopsia excisional amplia y crioterapia como tratamiento coadyuvante.

Clínicamente solo uno de ellos presentó molestias inespecíficas en el ojo afectado. Algunos autores han descrito síntomas como enrojecimiento, lagrimeo, síntomas irritativos, sensación de cuerpo extraño y dificultades en la visión por el astigmatismo inducido por la lesión.^{1,2}

Es esencial el diagnóstico precoz y el elevado índice de sospecha ante cualquier lesión que semeje un carcinoma de células escamosas. Algunos autores reportan el uso de complementarios, como la citología de impresión, y reportan 77 a 80 % de efectividad.⁹ El ultrasonido y la tomografía axial también son de gran importancia para descartar la extensión intraocular de la lesión.

El diagnóstico de esta enfermedad es clinicohistopatológico, el cual se realiza por medio de biopsia con excisión amplia, y debemos diferenciarlo de otros tumores que afectan la conjuntiva, desde lesiones benignas como el papiloma y el pterigium, el pannus corneal y las pinguéculas; los procesos inflamatorios como la epiescleritis nodular; las lesiones premalignas como las queratosis actínicas y las neoplasias intraepiteliales, y las lesiones malignas como el melanoma o el linfoma ocular. En ocasiones el diagnóstico diferencial se hace difícil clínicamente, por lo que es necesaria la confirmación del estudio histopatológico.

Otro pilar importante lo constituye el control de la recidiva, la cual puede ocurrir fundamentalmente en los primeros dos años después de la cirugía. La tasa es de 40 % para el carcinoma *in situ* y el carcinoma invasor respectivamente, por lo que es indispensable el control posoperatorio de los casos diagnosticados, al menos durante los primeros cinco años.

Se han descrito otros métodos para disminuir la recidiva, tales como la crioterapia, la cual extiende el borde quirúrgico eficaz y reduce la recidiva del 10 al 40 %; el control de los bordes de resección mediante biopsias intraoperatorias y el uso de terapias adyuvantes como la mitomicina C tópica, el 5-fluororacilo, el interferón α 2 β y la radioterapia.^{1,8,10-12}

Según la extensión, puede ser necesaria una queratectomía lamelar superficial o una esclerectomía profunda con recubrimiento posterior de algún injerto, como la membrana amniótica, la mucosa conjuntival o la bucal autóloga. Si se ha producido invasión intraocular será necesaria una enucleación y si invade órbita exenteración.

En los casos presentados se realiza control periódico cada tres meses y no existen signos de recidiva tumoral hasta el momento (dos años). Es esencial en casos como los mostrados mantener un elevado índice de sospecha ante cualquier lesión conjuntival, independientemente de la edad del paciente, o que no existan antecedentes de exposición actínica prolongada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ausín E, Gómez Maestra MJ, Martínez Costa R, Francés E, López Sánchez E. Tumores de la conjuntiva y córnea. *Annals d'Oftalmologia*. 2008;16(1):10-20.
2. Iturriaga Ros S. Tumores de la conjuntiva (presentación de caso clínico). *Rev Méd Costa Rica Centroam*. 2007;LXIV(580):133-7.
3. Gómez CG, Herrera M, Padilla C. Tumores de la conjuntiva. *Rev Cubana Oftalmol*. 2004 [citado 7 de diciembre de 2011];17(1):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/oft/vol17_1_04/oft06104.htm
4. Gómez CG, Isaias I, Vigoa L. Tumores de los anexos oculares. *Rev Cubana Oftalmol*. 2001;14(2):129-34.

5. Moubayed P, Mwakyoma H, Schneider DT. High frequency of human papillomavirus 6/11, 16 and 18 infections in precancerous lesions and squamous cell carcinoma of the conjunctiva in subtropical Tanzania. *Am J Clin Pathol*. 2004;122(6):938-43.
6. Ríos Hernández MA, Melgares Ramos MA, Hernández Menéndez M, Figueroa AJ. Carcinoma epidermoide de la conjuntiva; su posible asociación con el papilomavirus humano. *Rev Cubana Med*. 2004 [citado 7 de diciembre de 2011];43(4):[aprox.11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000400005&lng=es
7. Guech Ongey M, Engels EA, Goedert JJ, Biggar RJ, Mbulaiteye SM. Elevated risk for squamous cell carcinoma of the conjunctiva among adults with AIDS in the United States. *Int J Cancer*. 2008;122(11):2590-3.
8. Saornil MA, Becerra E, Méndez MC, Blanco G. Tumores de la conjuntiva. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2009;84(1):7-22.
9. Hamam R, Bhat P, Foster CS. Conjunctival/corneal intraepithelial neoplasia. *Int Ophthalmol Clin*. 2009;49(1):63-70.
10. Shields CL, Naseripour M, Shields JA. Topical mitomycin C for extensive recurrent conjunctival-corneal squamous cell carcinoma. *Am J Ophthalmol*. 2002;133(5):601-6.
11. Sturges A, Butt AL, Lai JE, Chodosh J. Topical interferon or surgical excision for the management of primary ocular surface squamous neoplasia. *Ophthalmology*. 2008;115(8):1297-302.
12. Graue GF, Tena LB, Finger PT. Electron beam radiation for conjunctival squamous carcinoma. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2011;27(4):277-81.
13. Al Barrag A, Al Shaer M, Al-Matary N, Al-Hamdani M. 5-Fluorouracil for the treatment of intraepithelial neoplasia and squamous cell carcinoma of the conjunctiva and cornea. *Clin Ophthalmol*. 2010;4:801-8.

Recibido: 12 de enero de 2013.

Aprobado: 20 de marzo de 2013.

Dr. *Alexander Pérez Llanes*. Instituto Cubano de Oftalmología «Ramón Pando Ferrer». Ave. 76 No. 3104 entre 31 y 41 Marianao, La Habana, Cuba. Correo electrónico: apll@infomed.sld.cu