

CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Ciencias Médicas Miguel Enríquez
Hospital Universitario Miguel Enríquez
Servicio de Oftalmología

Quiste de inclusión conjuntival gigante. Presentación de un caso

Cyst of inclusion conjunctival giant. Case presentation

Isabel Medina Rodríguez^I, Beatriz Zozaya Aldana^{II}, Henry Pérez González^{III}, Yanet García Concha^{IV}, René Faustino Espinosa Álvarez^V

^IEspecialista Segundo Grado Oftalmología. Auxiliar. Investigador Agregado. Máster en Medicina Natural y Bioenergética.

correo electrónico isabelmedina@infomed.sld.cu

^{II}Especialista Segundo Grado Oftalmología y Medicina General Integral Auxiliar. Investigador Agregado.

^{III}Especialista Primer Grado en Oftalmología y Medicina General Integral. Instructor.

^{IV}Especialista Primer Grado en Oftalmología y Medicina General Integral. Instructor.

^VEspecialista Segundo Grado Medicina General Integral. Auxiliar.

RESUMEN

Introducción: El Quiste de inclusión conjuntival gigante, forma parte de los quistes de inclusión epitelial, y en la literatura revisada solo se reportan esporádicos casos, asociados en la mayoría de ellos a cirugías previas, donde las células epiteliales son capturadas por la sutura e implantados en otros sitios

Presentación del caso: Se describe el caso en paciente de 19 años, piel negra, oriunda de Malí, África, portadora de una lesión tumoral conjuntival, la cual recibió tratamiento médico sintomático durante 18 meses, sin resolución. Luego de evaluar el caso, se decide exéresis de la lesión con su posterior estudio anatomopatológico.

Conclusiones: Se recibe el resultado con el diagnóstico confirmativo: quiste de inclusión conjuntival gigante. Se logró la recuperación total de la paciente. Se

finaliza con un breve comentario de esta entidad a través de la literatura consultada.

Palabras clave: tumor conjuntival, quiste de inclusión conjuntival gigante.

ABSTRACT

Introduction: The Cyst of conjunctival giant inclusion, form departs from the cysts of epithelial inclusion, and occasional cases, associates report themselves in literature checked only in the their majority to previous surgeries, where epithelial cells are captured by the suture and established at another places. **Case presentation:** Describes him the case in patient of 19 years, black, native skin of Mali, Africa, beneficiary of a lesion conjunctival tumoral, which he received symptomatic medical treatment during 18 months, without resolution. Right after evaluating the case, makes a decision exéresis of the lesion with his posterior study anatomopatológico. **Conclusions:** The result with the confirmative diagnosis is received: Cyst of conjunctival giant inclusion. He got for himself the patient's total recuperation. It comes to an end with a brief comment of this entity through looked up literature.

Key words: conjunctival tumor, cyst of conjunctival giant inclusion.

INTRODUCCIÓN

En su práctica médica diaria, el oftalmólogo se puede enfrentar a variadas formas de presentación de lesiones tumorales conjuntivales: palpebral, bulbar o de fondos de saco, al no precisar su etiología a través del examen clínico, en ocasiones se hace imprescindible su examen anatomopatológico para su confirmación.

Los tumores de conjuntiva pueden ser congénitos o adquiridos. Los adquiridos se dividen de acuerdo con el origen del tumor en: epiteliales, subepiteliales y melanocíticos. A diferencia del resto de las membranas mucosas del cuerpo, la conjuntiva es visible, lo cual permite que cualquier lesión sea diagnosticada en sus etapas tempranas. Existen factores de riesgo que pueden promover la aparición, tales como el trauma no quirúrgico, los procedimientos quirúrgicos y los procesos inflamatorios previos, la exposición a rayos ultravioletas (UV), historia familiar (herencia), exposición a cuerpos extraños, edad avanzada, HIV y virus del papiloma humano.¹

Entre las lesiones tumorales conjuntivales se encuentran:

- Lesiones benignas epiteliales:
 - Papiloma escamoso, Queratocantoma, Disqueratosis intraepitelial hereditaria benigna, Quiste de inclusión epitelial, Dacrioadenoma, Queratosis actínica.
-

- Lesiones malignas epiteliales:

Displasias, Neoplasia conjuntival intraepitelial, Carcinoma de células Escamosas. Lesiones subepiteliales: Linfoma benigno y maligno. Lesiones melanocíticas: Nevos, Melanosis epitelial congénita, Melanosis Subepitelial, Melanosis adquirida primaria, Melanosis adquirida secundaria, Melanoma de conjuntiva.^{1,2}

El quiste de inclusión conjuntival gigante, forma parte de los quistes de Inclusión epitelial, y en la literatura revisada solo se reportan esporádicos casos, asociados en la mayoría a cirugías previas, donde de alguna manera, las células epiteliales son capturadas por la sutura e implantadas en otros sitios.¹⁻³

El objetivo de la presentación de este caso es, dado lo inusual de esta forma clínica de presentación, así como su etiopatogenia, darlo a conocer a todos nuestros colegas, pues en dependencia como veremos, de un acertado manejo clínico-quirúrgico y patológico se pudo lograr la eliminación de esta patología, así como una integridad anatómica y funcional de la superficie ocular del paciente afecto.

CASO CLINICO

Motivo de consulta: Ardor, dolor y sensación de cuerpo extraño en el ojo derecho.

Historia de la enfermedad actual: Paciente femenina de 19 años de edad, raza negra, con antecedentes de salud anterior, que comenzó a presentar

desde hace 18 meses ardor y en ocasiones dolor en ojo derecho (OD), con sensación de cuerpo extraño, fue valorada en consulta oftalmológica durante ese período y tratada con medicamentos antiinflamatorios tópicos. El cuadro persistió y es valorada nuevamente; en esta ocasión por la brigada oftalmológica cubana de la Misión Milagros.

Antecedentes patológicos: No se recogen antecedentes patológicos ni oculares ni sistémicos de la paciente ni de sus familiares.

Datos positivos al interrogatorio: Ardor, dolor ocular esporádico y sensación de cuerpo extraño en ojo derecho.

Datos positivos al Examen Oftalmológico:

AV (Agudeza Visual): 1.0 Ambos ojos.

Ojo Derecho: Presencia de una imagen de aspecto traslucido en la conjuntiva del fondo de saco inferior, protruyente. (Figura 1).



Figura 1. Lesión tumoral protruyente en conjuntiva de fondo de saco inferior.

Ojo Izquierdo: No alteraciones.

Segmento Anterior: No alteraciones.

Medios: Transparentes.

Fondo de Ojo: Normal.

Impresión Diagnóstica:

Tumoración conjuntival de aspecto quístico.

Diagnóstico Diferencial: Dadas sus características clínicas se descartaron en el examen todas las lesiones de tipo melanocíticas, pues tienen un pigmento oscuro característico y se disponen en forma nodular, las del tipo subepitelial con contenido histológico linfoide, pues se presentan como placas elevadas difusas de aspecto asalmonado, las lesiones malignas epiteliales; tienen un crecimiento exofítico o papilar, aunque en ocasiones semejan un pterigion, y queda solamente el criterio clínico: se estaba ante una lesión quística de etiología por precisar.

Conducta a seguir

Se decide realizar tratamiento quirúrgico con exéresis total de la lesión y estudio anatomopatológico, ya que al enfrentar una lesión de aspecto quístico, se consideró, no tenía sentido biopsia por punción de esta, dada su localización y perder la integridad de la tumoración, que por su ubicación anatómica era factible extraer íntegra, como se corroboró en el acto quirúrgico.

Pronóstico: Bueno.

Resumen evolutivo

Se realiza en el acto quirúrgico, una delicada maniobra de extracción de toda la tumoración, evitando la ruptura de sus paredes, por la posibilidad de recidiva, si esta aconteciera; se logra el objetivo y se envía para análisis anatomopatológico. (Figuras 2, 3, 4 y 5).



Figura 2. Decolación de la lesión de los planos más profundos.



Figura 3. Exposición de la lesión hacia el ángulo externo para facilitar su extracción.



Figura 4. Prácticamente ya la lesión esta escindida.



Figura 5. Imagen de la tumoración, que es enviada para su estudio anatomopatológico.

Finalmente se recibe informe del laboratorio de Anatomía Patológica que revela.

Quiste de Inclusión Conjuntival Gigante.

Luego del tratamiento quirúrgico desaparecen los síntomas y existe completa recuperación de la paciente.

COMENTARIOS

El Quiste de inclusión conjuntival es un tumor benigno de paredes delgadas con un líquido claro o a veces turbio, revestido por un epitelio conjuntival (cúbico simple), generalmente, es el resultado de la implantación de epitelio conjuntival tras cirugía o trauma. Aparecen como sacos translúcidos en cualquier lugar de la conjuntiva.

Este tipo de tumor, como ya se había expuesto, tiene un carácter benigno, no tiende a aumentar de tamaño y rara vez produce síntomas, lo que entra en contradicción con lo encontrado en este caso, donde se refiere ardor y sensación de cuerpo extraño, además de que se constata que es gigantesco.

En estos casos, su existencia debe ser confirmada mediante una biopsia y la cirugía combinada con distintos tratamientos adyuvantes que pueden incluir el tratamiento tópico antiinflamatorio,⁴⁻⁷ el cual fue aplicado previamente a la paciente y no resolvió, siendo preciso la extirpación completa del tumor.

Realizar un diagnóstico histopatológico siempre es indispensable, ya que clínicamente es muy difícil distinguir lesiones benignas, precancerosas y malignas. La confirmación diagnóstica permitirá realizar un abordaje terapéutico correcto, así como del pronóstico y seguimiento del paciente.⁸⁻¹¹

De esto se puede deducir además que el correcto abordaje en el tratamiento de los tumores conjuntivales sigue dependiendo de un buen estudio y diagnóstico

histopatológico para lo cual es primordial la correlación clínico-patológica que exige una buena comunicación entre el oftalmólogo y el patólogo.

La conducta aplicada finalmente a la paciente contribuyó a otro de sus objetivos: minimizar las recurrencias, dado que la punción simple o la escisión incompleta, planteadas en la literatura, conducen ambas a una recidiva rápida.⁵⁻¹¹

CONCLUSIONES

Aun cuando se esté hablando de una patología tumoral benigna, la decisión de la terapéutica quirúrgica dependerá definitivamente en gran medida, de su evolución clínica, de la certeza diagnóstica que detrás de su aparente banalidad no exista otro proceso solapado y de la depurada técnica quirúrgica que posibilite una integridad anatómica y funcional a la superficie ocular del paciente afecto, luego de la cirugía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Clinical Approach to Corneal. En: External Disease and Cornea. San Francisco: American Academy of Ophthalmology; 2008-2009, p. 180-7.
2. Goid D, Lewis R. Oftalmología. V1. Madrid: Editorial Marbán; 2005, p.127-30, 255-95.
3. Pérez-Flores MI, Ortiz-Rey JA, Antón-Badiola I, Lorenzo-Carrero J. Quiste conjuntival de inclusión tras cirugía de estrabismo según técnica de retro inserción de Asa. Arch Soc Esp de Oftalmol. 2006; 81:653-6. [Revista en Internet]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0365-66912006001100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es [Acceso: 12 de agosto de 2010].
4. Brooks C. Conjuntival Tumors. CD ROM; Philadelphia: Duane´s Ophthalmology; 2003, p. 34-46.
5. Saornil MA, Becerra E, Méndez MC, Blanco G. Tumores de la conjuntiva. Arch Soc Esp Oftalmol. 2009;84:35-9. [Revista en Internet]. Disponible en: <http://www.preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19173134> [Acceso: 15 de agosto de 2010];
6. Rodríguez Reyes A. Conjuntiva y carúncula. En: Fascículos de enseñanza clínico-patológica. T2. México DF: Editorial Láser; 2004, p. 78-91.
7. Martínez H, Abusleme R, Seleme N, Valenzuela H, Verdaguer TJ. Epidemiología de las lesiones conjuntivales y su correlación clínico-patológica. Arch Chil Oftalmol. 2008; 65(1):43-5.
8. Iglesias I, Troyano J, Díaz Valle, Genol I. Carcinoma de glándulas sebáceas: Presentación de dos casos clínicos. Arch Soc Esp de Oftalmol. 2008;83:445-8. [Revista en Internet]. Disponible en: <http://www.preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18592447> [Acceso el 11 de agosto del 2010].

9. Arteaga-Sánchez A, Toledano-Fernández N, Díaz-Valle D, Fernández-Aceñero MJ, Hijos-Gastón M. Escleroqueratitis y carcinoma escamoso conjuntival invasivo. Arch Soc Esp de Oftalmol. 2007;82:237-40. [Revista en Internet]. Disponible en: <http://www.preview.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17443430> [Acceso: 12 de septiembre de 2010].

10. Ausín E, Gómez Maestra MJ, Martínez Costa R, Francés E, López Sánchez E. Tumores de la conjuntiva y córnea. Ann Oftalmolog. 2008;16(1):10-20. [Revista en Internet] Disponible en: <http://www.oftalmo.com/sco/revista-20/20sco04.htm> [Acceso: 12 de agosto de 2010].

11. Iturriaga S. Tumores de conjuntiva (presentación de caso clínico). Rev Med Costa Rica y Centroam 2007;64(580)133-7. [Revista en Internet]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/580/art3.pdf> [Acceso: 16 de agosto de 2010].

Recibido: 15 de enero de 2011.

Aprobado: 15 de diciembre de 2011.