

11234



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Instituto Mexicano del Seguro Social

"LOS CINCO TUMORES DE CONJUNTIVA
MAS FRECUENTES EN NUESTRO MEDIO"

T E S I S

Que para obtener el Postgrado de

CIRUJANO OFTALMOLOGO

Presenta el

DR. OSCAR GONZALEZ-ARECHAGA CASTAÑOS



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ciudad de México, a 15 de Enero de 1985



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

/// C O N T E N I D O D E L A O B R A ///

OBJETIVOS.....	PÁG.
DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTOS.....	II
PENSAMIENTO.....	III
CONTENIDO DE LA OBRA.....	IV
INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES HISTÓRICOS;.....	1
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	4
CLASIFICACIÓN DE LAS NEOPLASIAS CONJUNTIVALES....	4
QUISTES CONJUNTIVALES.....	5
TUMORES CONJUNTIVALES.....	8
TUMORES RIGMENTADOS.....	19
ANATOMÍA DE LA CONJUNTIVA.....	37
HISTOLOGÍA DE LA CONJUNTIVA.....	48
INVESTIGACION CLINICO-BIBLIOGRAFICA.....	54
RESUMEN.....	54
REPORTE DE CASOS.....	57
RESULTADOS.....	157
DISCUSIÓN.....	183
CONCLUSIONES.....	192
APÉNDICE.....(ABREVIATURAS).....	193
BIBLIOGRAFÍA.....	197
ÍNDICES.....	229
(DE MATERIAS, DE LOS CASOS, TABLAS, GRÁFICAS, ESQUEMAS Y FOTOGRAFÍAS CLÍNICAS)	

O B J E T I V O S:

ENCENTRAR CUÁLES SON LOS CINCO TUMORES
DE CONJUNTIVA MÁS FRECUENTES EN NUESTRO
MEDIO, Y CUÁLES SON LOS MÉTODOS TERAPÉUTICOS
MÁS APROPIADOS.

(SE ESTUDIA LA CASUÍSTICA DEL HOSPITAL DE ONCOLOGÍA
DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL, QUE NO NECESARIAMENTE
TIENE QUE CORRESPONDER A LA CASUÍSTICA ONCOLÓGICA
EN GENERAL).

INTRODUCCION

ANTECEDENTES HISTORICOS.-

LOS PRIMEROS ESTUDIOS DE TUMORES CONJUNTIVALES SE REMONTAN A LOS ORÍGENES DE LA OFTALMOLOGÍA, LA CUAL SE ORIGINA EN LOS ALBORES DE LA HUMANIDAD, NACIENDO JUNTO CON LA MEDICINA EN GENERAL, EN LAS ANTIGUAS CULTURAS FLUVIALES, ALREDEDOR DEL AÑO 6 000 A.C., EN LOS RÍOS JORDÁN, TIGRIS Y EÚFRATES, NILO, Y EL INDUS. POSTERIORMENTE EL OXUS, HOANG-HO Y YANG-TSE-KIANG. LOS PRIMEROS DATOS ESCRITOS DE PRÁCTICA OFTALMOLÓGICA DATAN DE LOS SUMERIOS, DEL AÑO 2 000 AC. EN EL CÓDIGO DE HAMBURABI (1 800 AC) SE REGULABA LA PRÁCTICA DEL CIRUJANO OFTALMÓLOGO, CON HONORARIOS Y CASTIGOS. EL OFTALMÓLOGO MÁS ANTIGUO QUE SE CONOCE FUÉ IRI, UN OCULISTA REAL DEL ANTIGUO EGIPTO (ALREDEDOR DEL 2 400 AC).

SE ENCUENTRAN REFERENCIAS OFTALMOLÓGICAS EN EL PAPIRO DE EDWIN SMITH (1 800 AC), Y EN EL PAPIRO DE EBERS (1 500 AC).

YA EN LA ANTIGUA GRECIA, CONTRIBUYÓ A LA OFTALMOLOGÍA, DENTRO DE LOS TRATADOS MÉDICOS QUE ESCRIBIÓ, DEMÓCRITO (460-370 AC). POSTERIORMENTE, LE SIGUIERON HIPÓCRATES DE COS, EL PADRE DE LA MEDICINA (460-375 AC), CUYA PRINCIPAL CONTRIBUCIÓN A LA MEDICINA, Y A LA OFTALMOLOGÍA, FUÉ LA SEPARACIÓN DE ÉSTAS, COMO CIENCIAS Y ARTES, DE LA MAGIA Y LA SUPERTICIÓN QUE SIEMPRE LA ACOMPAÑARON EN ÉPOCAS ANTERIORES. ARISTÓTELES, DENTRO DE LAS MUCHAS OBRAS MÉDICAS QUE ESCRIBIÓ, SE ENCUENTRA UN TRATADO DE ANATOMÍA OCULAR (348-322 AC).

HERÓFILO DE CHALCEDON (344-280 AC), EFECTUÓ LA PRIMERA DISECCIÓN EN PÚBLICO. YA EN EL IMPERIO ROMANO, AURELIUS CORNELIUS CELSUS (25 AC-50 DC), ESCRIBE EL TRATADO "DE MEDICINA", Y ES EL PRIMERO EN HABLAR DE COLIRIOS O MEDICAMENTOS OCULARES EN FORMA DE GOTAS. RUFO DE EFESO (98-117 DC), ES EL PRIMERO EN DESCRIBIR LA CONJUNTIVA COMO UN TEJIDO CON CARACTERÍSTICAS MUY ESPECIALES. LA LLAMA *ἐπιδερμίς* (EPIDERMÍS).

UNO DE LOS GRANDES MÉDICOS ANTIGUOS, CLAUDIO GALENO DE PÉRGAMO (130-200), TAMBIÉN DESCRIBE LA CONJUNTIVA EN SUS TRATADOS, ENTRE LOS CUALES DESTACA "DE USU PARTIUM CORPORIS HUMANI".

EN LAS CULTURAS ORIENTALES, TAMBIÉN ENCONTRAMOS TRATADOS MÉDICOS Y OFTALMOLÓGICOS MUY ANTIGUOS, COMO LOS TRABAJOS DE SUSKUTA (INDIA) SAMHITA, DEL SIGLO V DE NUESTRA ERA.

EN LA ANTIGUA CHINA, HAY TRATADOS OFTALMOLÓGICOS, COMO EL ESTUDIO OFTALMOLÓGICO "YIN HAI CHING WEI", DEL MÉDICO JUN SUO MO, DE LA DINASTÍA T'ANG (602-907).

ENTRE LOS GRANDES MÉDICOS ÁRABES, ENCONTRAMOS A RHAZES (AL-RAZI), QUE VIVIÓ DE 865 A 925 DE NUESTRA ERA, Y A AVICENA, IBN-SINA (980-1038), QUIENES AMBOS ESCRIBIERON SOBRE OFTALMOLOGÍA.

EN LA ANTIGUA CARTAGO, ENCONTRAMOS AL MÉDICO CONSTANTINUS AFRICANUS (1018-1085), QUIEN TAMBIÉN DESCRIBIÓ LAS ENFERMEDADES OCULARES Y SU TRATAMIENTO.

EN LA EDAJ MEDIA, HAY TRATADOS DE OFTALMOLOGÍA ESCRITOS POR EL MÉDICO HUNDINUS (1276-1326).

EN EL RENACIMIENTO, DESTACA EL CÉLEBRE INVENTOR, ARTISTA GENIAL LEONARDO DA VINCI (1452-1519), QUIEN HIZO DISECCIONES DEL OJO, Y CUYOS DIBUJOS SON SORPRENDENTEMENTE APEGADOS A LA ANATOMÍA VERDADERA. ANDRÉS VESALIO (1514-1564), ENTRE OTROS TRABAJOS, ELABORÓ MANUSCRITOS SOBRE LA ANATOMÍA DEL OJO.

EN TIEMPOS POSTERIORES, EL PRIMER CIRUJANO OFTALMÓLOGO DE QUE SE TIENE NOTICIA HAYA EFECTUADO UNA CIRUGÍA EN UN PACIENTE VIVO (EXTRACCIÓN DEL OJO), FUÉ GEORG BARTISCH (1535-1606).

POSTERIORMENTE, OTROS GRANDES CONTRIBUYENTES A LA ANATOMÍA E HISTOLOGÍA, POR MEDIO DEL MICROSCOPIO, FUERON MARCELIO MALPIGHI (1628-1694) (PRE-MICROSCOPIO), ANTONY VAN LEEUWENHOEK (1632-1723).

YA EN TIEMPOS MODERNOS, PODEMOS CITAR COMO ESTUDIOSOS DE LA CONJUNTIVA, A WILHELM KRAUSE (1833-1910), PROFESOR DE LA UNIVERSIDAD DE GÖTTINGEN, QUIEN DESTACA POR SUS ESTUDIOS DE LA INERVACIÓN DE LA Córnea Y CONJUNTIVA, NOMBRÁNDOSE EN SU HONOR LAS GLÁNDULAS CONJUNTIVALES QUE LLEVAN SU APELLIDO. ERNST FUCHS (1851-1930), FUÉ PROFESOR DE OFTALMOLOGÍA EN LIEGE (1880-1885), Y LUEGO DE LA UNIVERSIDAD DE VIENA, 1885-1915, QUIEN HIZO MUY IMPORTANTES ESTUDIOS SOBRE LOS TUMORES DE LA CONJUNTIVA. TUVO PREDECESORES MUY DISTINGUIDOS COMO FERDINAND VON ARLT, CARL

STELLWAG VON CARION, Y EDUARD VON JÄGER.

POSTERIONMENTE TENEMOS A FREDERICK VERHUEFF (1874-), QUIEN FUÉ PROFESOR DE OFTALMOLOGÍA EN EL MASSACHUSETTS EYE AND EAR INFIRMARY DE LA HARVARD MEDICAL SCHOOL E HIZO MUY IMPORTANTES CONTRIBUCIONES A LA PATOLOGÍA OCULAR.

EL PRIMER TRATADO DE TUMORES OCULARES, INCLUYENDO LOS DE CONJUNTIVA, LO ESCRIBE FELIX LAGRANGE EN 1901, TITULADO "TRAITE DES TUMEURS DE L'OEIL, DE L'ORBITE ET DES ANNEXES". Y, POR ÚLTIMO, EL MÁS IMPORTANTE TRATADO DE TUMORES OCULARES HASTA LA FECHA, FUÉ ESCRITO POR ALGERNON BEVERLEY KECE, EN 1951 Y AUMENTADO EN 1962 BAJO EL TÍTULO DE "TUMORS OF THE EYE"; TAN DISTINGUIDO OFTALMÓLOGO OCUPÓ CARGOS MUY IMPORTANTES EN EL INSTITUTO DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL PRESBITERIANO Y EN EL MEMORIAL CENTER FOR CANCER AND ALLIED DISEASES EN NUEVA YORK. SU LIBRO ES PIEDRA ANGULAR EN EL ESTUDIO DE LOS TUMORES OCULARES, Y DE LA CONJUNTIVA EN PARTICULAR.

----- 0 -----

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.-

CLASIFICACION DE LAS NEPLASIAS CONJUNTIVALES.-

QUISTES CONJUNTIVALES.-

I.- CONGENITOS.-

II.- TRAUMATICOS.- POR IMPLANTACIÓN EPITELIAL.

III.- PARASITARIOS.-

IV.- EPITELIALES.- A) QUISTES GLANDULARES DE RETENCIÓN
B) POR INVAGINACIÓN DEL EPITELIO
C) POR APOSICIÓN DE PLIEGUES DE MUCOSA CONJUNTIVAL.

V.- LINFATICOS.-

TUMORES CONJUNTIVALES.-

I.- EPITELIALES.-

A.- EPITELIO SUPERFICIAL

1) BENIGNOS: QUERATOACANTOMA.

2) BENIGNOS, PERO POTENCIALMENTE PRE-CANCEROSOS:

A) DISQUERATOSIS: LEUCOPLAQUIA, EPITELIOMA INTRAEPITELIAL.

B) PAPILOMA.

3) MALIGNOS: EPITELIOMA (CA EPIDERMÓIDE.).

B.- TUMORES GLANDULARES

1) BENIGNOS: ADENOMA; CISTADENOMA PAPILAR LINFOMATOSO; ONCOCITOMA.

2) MALIGNOS: ADENOMA FLEOMÓRFICO.

II.- TUMORES MESOBLÁSTICOS.-

A.- HIPERPLASIAS INFLAMATORIAS: GRANULOMA, PLASMOA.

B.- TUMORES DEL TEJIDO CONECTIVO:

1) BENIGNO: FIBROMA, MIXOMA, OSTEOMA.

2) MALIGNO: SARCOMA.

III.- RETICULOSIS.-

LINFOMA, LINFOSARCOMA, MICOSES FUNGOIDES.

IV.- TUMORES VASCULARES.-

1) BENIGNOS: HEVANGIOMA, LINFANGIOMA.

2) MALIGNOS: ANGIOSARCOMA, SARCOMA DE KAPOSI.

V.- TUMORES PIGMENTADOS.-

- 1) BENIGNOS: NEVUS, EPITELIALES Y SUBEPITELIALES
- 2) MALIGNOS: MELANOMA MALIGNO, MELANOMA INTRAEPITELIAL.

VI.- TUMORES DE NERVIOS PERIFERICOS.-

- 1) BENIGNOS: NEUROFIBROMA, NEURILEMOA.
- 2) MALIGNOS: SCHWANNOMA MALIGNO.

----- 0 -----

- QUISTES CONJUNTIVALES -

I.- CONGENITOS.- CORISTOMAS :

1.- QUISTE EPIDERMÓIDE.-

- A) UN QUISTE EPIDERMÓIDE SE COMPONE DE EPIDERMIS, POR EJEMPLO, EPITELIO ESTRATIFICADO ESCAMOSO, SIN APÉNDICES EPIDÉRMICOS EN LA PARED DEL QUISTE. RARA VEZ SE DESARROLLA CARCINOMA EPIDERMÓIDE (O DE CÉLULAS ESCAMOSAS) EN UN QUISTE EPIDERMÓIDE O DERMÓIDE.
- B) LA CAVIDAD DEL QUISTE CONTIENE DETRITOS DE QUERATINA. HISTOLÓGICAMENTE UN QUISTE EPIDERMÓIDE CONGÉNITO Y UN QUISTE DE INCLUSIÓN EPITELIAL ADQUIRIDO (POR LO GENERAL POSTRAUMÁTICO), SON IDÉNTICOS EN APARIENCIA. RARA VEZ UN QUISTE DE INCLUSIÓN CONJUNTIVAL EPITELIAL PUEDE APARECER EN UNA ÓRBITA POST-ENUCLEACIÓN.

2)- QUISTE DERMÓIDE.-

- A) EL QUISTE DERMÓIDE PROBABLEMENTE ES EL RESULTADO DEL SEQUESTRO DE ECTODERMO SUPERFICIAL ATRAPADO EN LAS SUTURAS ÓSEAS O A TRAVÉS DE LAS LÍNEAS DE CIERRE EMBRIONARIO. POR LO GENERAL SE ENCUENTRA EN EL ÁNGULO SUPEROTEMPORAL DE LA ÓRBITA, PERO PUEDE ENCONTRARSE EN LA CONJUNTIVA. USUALMENTE TIENE UN PEDÍCULO ADHERIDO A LA PERIÓRBITA Y PUEDE PRODUCIR CAMBIOS RADIOLÓGICOS.
- B) HISTOLÓGICAMENTE, EL QUISTE DERMÓIDE, DERIVADO DEL ECTODERMO, SE COMPONE DE UNA PARED QUE RODEA UNA CAVIDAD. LA PARED ESTÁ RECUBIERTA POR EPITELIO ESCA-

MOSO ESTRATIFICADO QUERATINIZANTE, Y CONTIENE APÉNDICES EPIDÉRMICOS (FOLÍCULOS PILOSOS, GLÁNDULAS SEBÁCEAS, GLÁNDULAS SUDORÍPARAS, ETC.). LA CAVIDAD CONTIENE QUERATINA, CABELLOS Y DETRITOS. ALGUNOS DERMOIDES ESTÁN RECUBIERTOS POR EPITELIO NO QUERATINIZANTE, SEMEJANDO EPITELIO CONJUNTIVAL, Y PROBABLEMENTE REPRESENTAN SEQUESTROS EMBRIONARIOS DE EPITELIO CONJUNTIVAL DE FÓRNIX O CARUÚNCULA. ÉSTOS DERMOIDES SE ENCUENTRAN POR LO GENERAL EN EL CUADRANTE SUPERONASAL, PERO PUEDEN ENCONTRARSE TAMBIÉN EN LA CONJUNTIVA, PERO NO SE ACOMPANAN DE DEFECTOS ÓSEOS. CONSTITUYEN ALREDEDOR DEL 75% DE LOS DERMOIDES SUPRANASALES, SIENDO EL OTRO 25% LOS TÍPICOS DERMOIDES QUE TIENEN EPITELIO ESCAMOSO QUERATINIZANTE.

3) TERATOMA.-

- A) UN TERATOMA SE COMPONE DE ECTODERMO, ENDODERMO Y MESODERMO.
- B) PUEDE CONTENER ESTRUCTURAS TALES COMO EPITELIO ESTRATIFICADO ESCAMOSO, MUCOSA DE COLON, Y TEJIDO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.
- C) TIENE POTENCIAL MALIGNO.

4) GLÁNDULA LAGRIMAL ECTÓPICA.-

- A) LA GLÁNDULA LAGRIMAL ECTÓPICA CONSISTE EN TEJIDO DE GLÁNDULA LAGRIMAL EN CUALQUIER LUGAR EXCEPTO EN LA FOSA LAGRIMAL.
- B) PUEDE ENCONTRARSE ASOCIADO A OTROS TEJIDOS CRISTOMATOSOS COMO MÚSCULO, NERVIDO, CARTÍLAGO, O ALGUNOS APÉNDICES DÉRMICOS, O PUEDE ENCONTRARSE AISLADA.
- C) GENERALMENTE PROVOCA SINTOMATOLOGÍA SÓLO SI SE INFLAMA; EL ORIGEN DE ÉSTA INFLAMACIÓN ES DESCONOCIDO.
- D) HISTOLÓGICAMENTE SE COMPONE DE TEJIDO LAGRIMAL DE ASPECTO RELATIVAMENTE NOH AL CON INFILTRADO INFLAMATORIO LEVE DE LINFOCITOS Y CÉLULAS PLASMÁTICAS.

5) DERMOLIPOMA.-

UN DERMOLIPOMA USUALMENTE SE PRESENTA COMO UN TUMOR BLANDO, BLANCO-AMARILLENTO, GRANDE, BILATERAL, CERCA DEL CANTO EXTERNO QUE SE EXTIENDE HACIA ARRIBA Y ATRÁS. ES UN TIPO DE DERMOIDE SÓLIDO, QUE SE COMPONE PRINCIPALMENTE DE TEJIDO ADIPOSO. FRECUENTEMENTE SE TIENEN QUE HACER CORTES SERIADOS PARA ENCONTRAR ELEMENTOS NO-ADIPOSO, TALES COMO EPITELIO ESCAMOSO ESTRAATIFICADO Y APÉNDICES DÉRMICOS.

--- O ---

EN CONTRAPOSICIÓN A LOS COHISTOMAS, QUE CONSISTEN EN TEJIDO NORMAL EN SÍ PERO FUERA DE SU LUGAR EN EL ORGANISMO, ESTÁN LOS HAMARTOMAS, QUE SON TUMORES COMPUESTOS DE TEJIDO QUE NORMALMENTE SÍ SE ENCUENTRA EN DICHO LUGAR. EJEMPLO: LINFANGIOMA, HEMANGIOMA Y LAS FACOMATOSIS. DE ÉSTOS SE HABLARÁ MÁS ADELANTE.

II Y III.- LOS QUISTES TRAUMÁTICOS Y PARASITARIOS NO ESTÁN DENTRO DEL ENFOQUE DEL PRESENTE TRABAJO.

IV.- QUISTES EPITELIALES.-

- 1) LOS QUISTES ADQUIRIDOS DE LA CONJUNTIVA SON MÁS FRECUENTES.
- 2) LOS QUISTES CONJUNTIVALES ADQUIRIDOS SON PRINCIPALMENTE QUISTES DE IMPLANTACIÓN DE EPITELIO SUPERFICIAL, RESULTANDO UN QUISTE EPITELIAL DE INCLUSIÓN. OTROS QUISTES PUEDEN SER DUCTALES (V. GR., DE GLÁNDULAS LAGRIMALES ACCESORIAS) O INFLAMATORIOS.
- 3) HISTOLÓGICAMENTE SU ESTRUCTURA DEPENDE DEL TIPO DE QUISTE.
 - A) EL QUISTE EPITELIAL DE INCLUSIÓN SE ENCUENTRA RECUBIERTO DE EPITELIO CONJUNTIVAL Y CONTIENE UN LÍQUIDO ACUOSO.
 - B) LOS QUISTES DUCTALES SE ENCUENTRAN RECUBIERTOS POR UNA DOBLE CAPA DE EPITELIO Y CONTIENEN MATERIAL PASCHIFF POSITIVO.
 - C) LOS QUISTES INFLAMATORIOS CONTIENEN LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES Y DETRITOS CELULARES.

V.- QUISTES LINFÁTICOS.- SE COMPONEN DE TEJIDO LINFOIDE O SIMILAR AL DE LOS VASOS LINFÁTICOS. SE TRATARÁN EN LA SECCIÓN DEDICADA A LOS LINFANGIOMAS.

--- 0 ---

- TUMORES CONJUNTIVALES -

TUMORES EPITELIALES PSEUDOCANCEROSOS.-

I.- DISQUERATOSIS INTRAEPITELIAL HEREDITARIA BENIGNA(DIHB).-

- A.- LA DIHB ES UNA DISQUERATOSIS BILATERAL DEL EPITELIO CONJUNTIVAL ASOCIADO CON LESIONES COMPARABLES DE LA MUCOSA ORAL, QUE SE HEREDA EN FORMA AUTOSÓMICA DOMINANTE. LA ENFERMEDAD ES PROPIA DE UNA FAMILIA GRANDE TRI-RACIAL (INDÍGENA, BLANCA Y NEGRA), AISLADA, DEL CONDADO DE HALIFAX, DEL ESTADO DE CAROLINA DEL NORTE DE LOS EEUU. ALGUNOS DE SUS MIEMBROS AHORA VIVEN EN OTRAS REGIONES DE DICHO PAÍS, POR LO QUE LA NEOPLASIA PUEDE ENCONTRARSE FUERA DE CAROLINA DEL NORTE.
- B.- CLÍNICAMENTE, APARECEN COMO PLACAS EN HERRADURA, IRREGULARMENTE ELEVADAS, EN EL LIMBO NASAL Y TEMPORAL EN CADA OJO. SON DE COLOR GRISÁCEO, RICAMENTE VASCULARIZADAS Y DE ASPECTO GRANULAR. ADÉMÁS SE ENCUENTRA UNA LESIÓN BLANQUECINA EN FORMA DE PLACA EN LA MUCOSA DE LA BOCA (LENGUA O MUCOSA ORAL), GENERALMENTE. PUEDEN ENCONTRARSE ANOMALÍAS CORNEALES, ESPECIALMENTE VASCULARIZACIÓN ESTROMAL Y PLACAS DISQUERATÓTICAS DEL EPITELIO CORNEAL. LAS PLACAS CORNEALES, ASÍ COMO LAS CONJUNTIVALES LÍMBICAS, INVARIABLEMENTE RECIDIVAN POSTERIOR A SU EXCISIÓN.
- C.- HISTOLÓGICAMENTE, SE ENCUENTRA CONSIDERABLE ENGROSAMIENTO DEL EPITELIO JUNTO CON UNA REACCIÓN INFLAMATORIA CRÓNICA NO-GRANULOMATOSA, Y AUMENTO EN LA VASCULARIZACIÓN DEL TEJIDO SUBEPITELIAL. TAMBIÉN SE VÉN ACANTOSIS Y DISQUERATOSIS, ÉSTA ÚLTIMA ESPECIALMENTE PROMINENTE EN LAS CAPAS SUPERFICIALES.

II.- HIPERPLASIA PSEUDOEPITELIOMATOSA, -(HPE)
(ACANTOSIS INVASORA, ACANTOMA INVASOR, HIPERPLASIA CARCINOMATOIDE) CONSISTE EN UNA PROLIFERACIÓN BENIGNA DE LA EPIDERMIS O DEL EPITELIO CONJUNTIVAL, QUE REMEDA UNA NEOPLASIA EPITELIAL.

A.- SE VÉ FRECUENTEMENTE EN LOS MÁRGENES DE QUENADURAS O ÚLCERAS, CERCA DE NEOPLASIAS COMO CARCINOMA EPIDERMIOIDE, MELANOMA MALIGNO, O MYOBLASTOMA DE CÉLULAS GRANULARES, ALREDEDOR DE ÁREAS DE INFLAMACIÓN CRÓNICA, TALES COMO LA BLASTOMICOSIS, DERMAESCROFULOSIS, GOMA SIFILÍTICO, O EN LESIONES TALES COMO QUERATOACANTOMA Y QUIZÁ QUERATOSIS FOLICULAR INVERTIDA.

B.- HISTOLÓGICAMENTE, EL TIPO COMÚN DE HIPERPLASIA PSEUDOEPITELIOMATOSA, INDEPENDIEMENTE DE LA LESIÓN ASOCIADA, DE HABERLA, TIENE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

- 1.- INVASIÓN IRREGULAR DE LA DERMIS O ESTRONA CONJUNTIVAL POR CÉLULAS ESCAMOSAS QUE PUEDEN MOSTRAR MITOSIS PERO NO DISQUERATOSIS O ATIPIAS.
- 2.- LEUCOCITOS; FRECUENTEMENTE INFILTRAN LAS PROLIFERACIONES EPIDERMIOIDES. AUNQUE FRECUENTEMENTE SE VÉ INFILTRADO INFLAMATORIO DEBAJO O ALREDEDOR DE UN CARCINOMA EPIDERMIOIDE, LAS CÉLULAS INFLAMATORIAS CASI NUNCA INFILTRAN LAS CÉLULAS NEOPLÁSICAS DIRECTAMENTE. SI SE VÉN CÉLULAS INFLAMATORIAS MEZCLADAS CON CÉLULAS EPIDERMIOIDES, ESPECIALMENTE SI LAS CÉLULAS INFLAMATORIAS SON NEUTRÓFILOS, DEBE PENSARSE EN UNA NEOPLASIA REACTIVA TAL COMO LA HIPERPLASIA PSEUDOEPITELIOMATOSA.

C.- EL QUERATOACANTOMA, QUE ES UN TIPO DE HIPERPLASIA PSEUDOEPITELIOMATOSA, CONSISTE EN UNA LESIÓN SOLITARIA (OCASIONALMENTE LESIONES AGRUPADAS) QUE SE DESARROLLA EN PIEL Y/O CONJUNTIVA, EN LAS ÁREAS EXPUESAS (GENERALMENTE PILOSAS) EN PERSONAS DE EDAD MADURAS O ANCIANAS. CRECE A UN RITMO RÁPIDO ENTRE LAPSO DE 2 A 6 SEMANAS, Y MUESTRA UN BORDE SUAVE Y ELEVADO, CON UN CENTRO UMBILICADO COSTROSO. INVOLUCIONA EN ALGUNOS MESES A UN AÑO, DEJANDO UNA DEPRESIÓN CICATRIZAL.

HISTOLÓGICAMENTE EL QUERATOACANTOMA SE CARACTE-

RIZA POR SU FORMA HEMIESFÉRICA O CUPULIFORME, CON PARED ELEVADA Y MASA QUERATÍNICA CENTRAL VISTA CON AUMENTO LEVE O BAJO, Y CON ACANTOSIS DE POLARIDAD NORMAL A GRAN AUMENTO. EN EL PASADO EL TUMOR SE CONFUNDIÓ FRECUENTEMENTE CON CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS (CA EPIDERMÓIDE). LA FORMA TÍPICA NO INVASORA, ELEVADA, CUPULIFORME CON UN NÚCLEO GRANDE CENTRAL DE QUERATINA, VISTA AL MICROSCOPIO ÓPTICO DE BAJO AUMENTO, JUNTO CON LA CITOLOGÍA BENIGNA, VISTA A GRAN AUMENTO CON MICROSCOPIO DE LUZ, DEBE PROPORCIONAR EL DIAGNÓSTICO ACERTADO DE QUERATOACANTOMA SIN DIFICULTAD. PERO, SIN EMBARGO, SÓLO SE DISPONE DE UN PEQUEÑO FRAGMENTO, V. GR., BIOPSIA INCISIONAL (PARCIAL), PARA EXAMEN HISTOPATOLÓGICO, PUEDE SER DIFÍCIL O IMPOSIBLE DIFERENCIAR UN QUERATOACANTOMA DE UN CARCINOMA EPIDERMÓIDE BIEN DIFERENCIADO.

- D.- LA QUERATOSIS BENIGNA CONSISTE EN UNA PROLIFERACIÓN BENIGNA DE CÉLULAS EPIDÉRMICAS, GENERALMENTE DE FORMA ACANTÓTICA. NO ENCAJA EN NINGUNA CLASIFICACIÓN.

- 0 -

LA HIPERPLASIA PSEUDOEPIELIOMATOSA PUEDE OCURRIR DENTRO DE UNA PINGÜECULA O UN PTERIGIÓN, Y CAUSAR CRECIMIENTO SÚBITO QUE CLÍNICAMENTE (Y ALGUNAS VECES HISTOLÓGICAMENTE) SIMULA UNA NEOPLASIA. EL QUERATOACANTOMA ES UNA VARIANTE ESPECÍFICA DE LA HPE, QUIZÁ CAUSADA POR UN VIRUS.

III.- PAPILOMA (PAPILOMA ESCAMOSO).-

- A.- LOS PAPILOMAS CONJUNTIVALES TIENDEN A SER PEDUNCULADOS CUANDO SE ORIGINAN EN EL BORDE LIBRE PALPEBRAL O EN LA CARÚNCULA, PERO SÉSILES CON UNA BASE ANCHA EN EL LIMBO. SON RAROS EN OTROS LUGARES.

AUNQUE LOS PAPILOMAS INVERTIDOS TÍPICAMENTE AFECTAN LAS MEMBRANAS MUCOSAS DE LA NARIZ, SENOS PARANASALES Y SACO LAGRIMAL, SÓLO RARA VEZ AFECTAN LA CONJUNTIVA.

- B.- HISTOLÓGICAMENTE LAS FRONDAS O PROYECCIONES DIGITIFORMES ESTÁN RECUBIERTAS POR EPITELIO ACANTÓTICO RECUBIERTO A SU VEZ POR UN NÚCLEO DE TEJIDO FIBROVASCULAR.

- 10 -

GENERALMENTE TIENDEN A LA QUERATINIZACIÓN LEVE O MODERADA.

LAS CÉLULAS GOBLET SON COMUNES DENTRO DE LOS PAPILOMAS, EXCEPTO LOS QUE NACEN EN EL LIMBO. AUNQUE LA GRAN MAYORÍA DE LOS PAPILOMAS TIENEN UN ORIGEN IRRITATIVO O INFECCIOSO Y NO TIENEN POTENCIAL MALIGNO, OCASIONALMENTE ALGUNO PUEDE DEGENERAR EN CARCINOMA EPIDERMÓIDE.

IV.- CISTADENOMA EOSINÓFILO (CISTADENOMA APOCRINO, UNCOCITOMA).-

A.- EL CISTADENOMA EOSINÓFILO ES UN TUMOR RARO DE LA CARÚNCULA, PROBABLEMENTE DE ORIGEN APÓCRINO.

1.- POR LO COMÚN EL TUMOR SE PRESENTA COMO UNA MASA AMARILLO PARDA O ROJIZA PEQUEÑA QUE AFECTA LA CARÚNCULA, ESPECIALMENTE EN MUJERES DE EDAD AVANZADA.

2.- RARA VEZ EL TUMOR PUEDE MALIGNIZARSE.

B.- HISTOLÓGICAMENTE SE ENCUENTRAN UNA O MÁS CAVIDADES QUÍSTICAS TAPIZADAS POR EPITELIO PROLIFERANTE, REMENDANDO EPITELIO APÓCRINO (DE AQUÍ CISTADENOMA APÓCRINO).

NEOPLASIAS EPITELIALES POTENCIALMENTE PRECANCEROSAS.-

I.- XERODERMA PIGMENTOSA./

A) ESTE PADECIMIENTO AFECTA PRINCIPALMENTE LA PIEL, PERO PUEDE AFECTAR TAMBIÉN LA CONJUNTIVA. SE HEREDA EN FORMA AUTOSÓMICO-RECESIVO, Y SE CARACTERIZA POR UNA GRAN SENSIBILIDAD DE LA PIEL A LA LUZ SOLAR.

LAS CÉLULAS DE LOS PACIENTES CON XERODERMA PIGMENTOSA REPONEN DEFECTUOSAMENTE EL DNA DAÑADO POR LA LUZ ULTRAVIOLETA.

B) LAS ÁREAS EXPUESTAS DE LA PIEL SON LAS PRINCIPALMENTE AFECTADAS, Y MUESTRAN TRES ETAPAS DE LESIÓN:

1.- ERITEMA DIFUSO LEVE ASOCIADO A DESCAMACIÓN Y PEQUEÑAS MANCHAS HIPERPIGMENTADAS.

2.- ATROFIA DE LA PIEL CON PIGMENTACIÓN MOTEADA Y TELANGIECTASIAS -EL CUADRO ASEMEJA DERMATITIS POR RADIACIÓN.

- 3.- APARICIÓN DE TUMORES MALIGNOS -CARCINOMA EPIDERMÓIDE, CARCINOMA BASOCELULAR, FIBROSARCOMA Y MELANOMAS MALIGNOS- EN ÁREAS EXPUESTAS AL SOL.

C) HISTOLOGÍA

- 1.- EN ETAPAS TEMPRANAS LA EPIDERMIS O CONJUNTIVA MUESTRA FOCOS ATROFICOS O HIPERQUERATÓDICOS, ASOCIADOS A CÉLULAS EPIDÉMICAS Y MACRÓFAGOS, CON FAGOCITOSIS DE PIGMENTO. EN EL CORION HAY INFILTRADOS PERIVASCULARES DE LINFOCITOS Y CÉLULAS PLASMÁTICAS.
- 2.- POSTERIORMENTE LA HIPERQUERATOSIS Y EL DEPÓSITO DE PIGMENTO SE VUELVEN MÁS MARCADAS. SE ENCUENTRAN ACANTOSIS DE LA EPIDERMIS Y DEGENERACIÓN BASÓFILA DE LA COLÁGENA EN EL CORION.
- 3.- LA HISTOPATOLOGÍA DE LOS CÁNCERES ES IDÉNTICA A LA DE AQUELLOS PACIENTES QUE NO TIENEN EL XERODERMA PIGMENTOSA COMO UNA CONDICIÓN PREDISPONENTE PREEXISTENTE.

II.- OTRAS QUERATOSIS ACTÍNICAS./

- 1.- LEUCOPLAQUIA.- ÉSTE ES UN TÉRMINO CLÍNICO QUE DESCRIBE UNA PLACA BLANCA, PERO SIN PROPORCIONAR INFORMACIÓN RESPECTO DE LA CAUSA SUBYACENTE NI PRONÓSTICO; EL TÉRMINO NO DEBE USARSE EN HISTOPATOLOGÍA.
- II.- QUERATOSIS ACTÍNICA (QUERATOSIS SENIL, QUERATOSIS SOLAR).
OCURRE GENERALMENTE COMO ÁREAS DE MÚLTIPLES LESIONES EN ZONAS EXPUESTAS AL SOL.
 - A.- LAS PERSONAS DE PIEL CLARA ESTÁN PREDISPUESAS A DESARROLLAR MÚLTIPLES NEOPLASIAS CUTÁNEAS INCLUYENDO QUERATOSIS SOLAR Y CARCINOMAS EPIDERMÓIDES Y BASOCELULARES.
 - B.- LAS LESIONES PUEDEN SER PLANAS Y ESCAMOSAS, PAPILOMATOSAS, O COMO CUERNOS CUTÁNEOS (EN LA PIEL).
 - C.- HISTOLÓGICAMENTE LA QUERATOSIS SOLAR SE CARACTERIZA POR HIPERQUERATOSIS, PAPILOMATOSIS Y ACANTOSIS. TAMBIÉN PUEDE VERSE PARQUERATOSIS.

EN LAS CAPAS EPIDÉRMICAS MÁS PROFUNDAS APARECEN AMBAS ATÍPIA CELULAR Y FIGURAS MITÓTICAS. LA DERMIS SUBYACENTE (O ESTHOMA CONJUNTIVAL) GENERALMENTE MUESTRA UNA REACCIÓN INFLAMATORIA PRINCIPALMENTE DE LINFOCITOS Y CÉLULAS PLASMÁTICAS.

LA QUERATOSIS SOLAR PUEDE ASEMEJAR CARCINOMA EPIDERMÓIDE O ENFERMEDAD DE Bowen (EN LA PIEL). DIFIERE DE AQUÉL EN NO SER INVASOR, Y DE ÉSTE AL NO MOSTRAR SUSTITUCIÓN TOTAL (PÉRDIDA DE LA POLARIDAD) DE LA EPIDERMIS (O EPITELIO CONJUNTIVAL) POR CÉLULAS ATÍPICAS. EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE INFRECUENTEMENTE Y EL CARCINOMA BASOCELULAR RARA VEZ PUEDEN ORIGINARSE EN QUERATOSIS SOLAR.

III.- DISPLASIA.-

- A.- CLÍNICAMENTE LA DISPLASIA PUEDE APARECER COMO LEUCOPLAQUIA (O PLACAS BLANCOS), O COMO UNA MASA CARNOSA, GENERALMENTE LOCALIZADAS EN O CERCA DEL LIMBO.
- B.- HISTOLÓGICAMENTE SE ENCUENTRAN CÉLULAS EPITELIALES ATÍPICAS, ALGUNAS VECES ACOMPAÑADAS DE CÉLULAS EPITELIALES DISQUERATÓTICAS.
 - 1.- SE RETIENE LA POLARIDAD NORMAL (DE CÉLULA BASAL A CÉLULA SUPERFICIAL).
 - 2.- GENERALMENTE ESTÁN AFECTADAS SOLAMENTE LAS CAPAS MÁS PROFUNDAS DEL EPITELIO-NO SU ESPESOR COMPLETO.

TUMORES CANCEROSOS EPITELIALES

TODOS PUEDEN APARECER CLÍNICAMENTE COMO LEUCOPLAQUIA.

- I.- CARCINOMA DERIVADO DE LAS CÉLULAS ESCAMOSAS (EPIDERMÓIDES) DEL EPITELIO CONJUNTIVAL.-
 - A.- CARCINOMA in situ (CARCINOMA INTRAEPITELIAL, EPITELIOMA INTRAEPITELIAL).
 - 1.- CLÍNICAMENTE PUEDE APARECER COMO LEUCOPLAQUIA O UNA MASA CARNOSA.
 - 2.- HISTOLOGÍA
 - A) EL ESPESOR COMPLETO DEL EPITELIO SE SUSTITUYE POR CÉ-

LULAS ATÍPICAS, FRECUENTEMENTE BIZARRAS Y PLEOMÓRFICAS DE TIPO EPITELIAL.

- B) EL ÁREA EPITELIAL AFECTADA SE ENCUENTRA ENGROSADA Y CARACTERÍSTICAMENTE BIEN DELIMITADA DEL EPITELIO CONTIGUO CONJUNTIVAL DE ASPECTO NORMAL.

EL ENGROSAMIENTO GENERALMENTE ES DE 2 A 5 VECES EL GROSOR NORMAL, PERO PUEDE SER MAYOR EN LA TRANSFORMACIÓN MALIGNA DE LOS PAPILOMAS.

- C) SE PIERDE LA POLARIDAD DEL EPITELIO.
D) HAY FRECUENTES FIGURAS MITÓTICAS.
E) LA MEMBRANA BASAL DEL EPITELIO PERMANECE INTACTA, Y NO EXISTE INVASIÓN AL TEJIDO SUBEPITELIAL.

AUNQUE NUNCA CLÍNICAMENTE, A VECES HISTOLÓGICAMENTE EL CARCINOMA IN SITU PUEDE PARECERSE SUPERFICIALMENTE AL CARCINOMA INTRAEPITELIAL ESPECÍFICO DE LA PIEL DESCRITO POR BOWEN (ENFERMEDAD DE BOWEN) O AL CARCINOMA INTRAEPITELIAL DEL GLANDE DEL PENE DESCRITO POR QUEYRAT (ERITROPLASIA DE QUEYRAT). AMBAS COSAS SON ENTIDADES CLINICOPATOLÓGICAS ESPECÍFICAS, SIN EMBARGO, Y TALES TÉRMINOS DEBEN RESTRINGIRSE PARA SU USO ADECUADO, QUE NUNCA SE REFIERE AL CARCINOMA IN SITU DE LA CONJUNTIVA O A CUALQUIER OTRA NEOPLASIA CONJUNTIVAL.

- B.- CARCINOMA ESCAMOSO (EPIDERMOIDE) CON INVASIÓN SUPERFICIAL. ADEMÁS DE LOS CAMBIOS EPITELIALES DEL CARCINOMA IN SITU, LAS CÉLULAS MALIGNAS, PLEOMÓRFICAS, ATÍPICAS ESCAMOSAS EPITELIALES, INVADEN EL TEJIDO SUPERFICIAL SUBEPITELIAL A TRAVÉS DE LA MEMBRANA BASAL DEL EPITELIO.
- C.- CARCINOMA EPIDERMOIDE CON INVASIÓN PROFUNDA. ADEMÁS DE LOS CAMBIOS EPITELIALES DEL CARCINOMA IN SITU, HAY INVASIÓN PROFUNDA AL TEJIDO SUBEPITELIAL POR LAS CÉLULAS EPITELIALES ESCAMOSAS MALIGNAS A TRAVÉS DE LA MEMBRANA BASAL EPITELIAL, INCLUSO HASTA ESTRUCTURAS ADYACENTES COMO EL OJO, PÁRPADOS U ÓRBITA.
- D.- CARCINOMA EPIDERMOIDE METASTÁSICO. TODOS LOS CARACTERES DEL CARCINOMA EPIDERMOIDE CON INVASIÓN PROFUNDA ESTÁN INVOLUCRADOS, Y ADEMÁS EVIDENCIA DE METÁSTASIS.

II.- CARCINOMA DERIVADO DE LAS CELULAS BASALES DEL EPITELIO CONJUNTIVAL.-

EL CARCINOMA BASOCELULAR RARA VEZ NACE EN LA CONJUNTIVA.

EL PÁRPADO SE DIFERENCIA DE LA CONJUNTIVA EN SER EL SITIO DE PREFERENCIA PARA EL CARCINOMA BASOCELULAR.

III.- CARCINOMA DERIVADO DE LAS CELULAS SECRETORAS DE MOCO Y DE LAS CELULAS ESCAMOSAS DEL EPITELIO CONJUNTIVAL.-

EL CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE ES UN RARO TUMOR CONJUNTIVAL COMPUESTO CARACTERÍSTICAMENTE DE CÉLULAS SECRETORAS DE MOCO MEZCLADAS CON CÉLULAS EPIDERMÓIDES (ESCAMOSAS). TAMBIÉN PUEDE ENCONTRARSE UN TERCER TIPO CELULAR, LLAMADO INTERMEDIO O BASAL.

- 1.- ALGUNOS TUMORES MUESTRAN PREDOMINANCIA DE CÉLULAS EPIDERMÓIDES, MIENTRAS QUE OTROS TIENEN PRINCIPALMENTE CÉLULAS PRODUCTORAS DE MOCO.
- 2.- LOS TUMORES SON AGRESIVOS LOCALMENTE Y TIENDEN A RECIDIVAR RÁPIDAMENTE AL ESCINDIRLOS. POR LO MISMO SE RECOMIENDA ESCISIÓN LOCAL AMPLIA, Y SEGUIMIENTO FRECUENTE.
- 3.- HISTOLÓGICAMENTE SE ENCUENTRAN LÓBULOS DE CÉLULAS TUMORALES QUE MUESTRAN UNA MEZCLA VARIABLE DE CÉLULAS EPIDERMÓIDES Y SECRETORAS DE MOCO. LAS TINCIONES HISTOQUÍMICAS PARA MUCINA PARA CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO.

TUMORES DEL ESTROMA CONJUNTIVAL.-

I.- TUMORES ANGIOMATOSOS.- HAMARTOMAS Y TUMORES VASCULARES MESENQUIMATOSOS.

A.- LINFANGIOMA

- 1.- APARECE CLÍNICAMENTE EN NIÑOS MENORES DE DIEZ AÑOS.
- 2.- PUEDE AFECTAR DIFUSAMENTE LA CONJUNTIVA ASÍ COMO TAMBIÉN LA ÓRBITA Y PÁRPADOS.
- 3.- EL TUMOR PROBABLEMENTE REGRESA CON EL TIEMPO PERO FÁCILMENTE SE INFECTA.
- 4.- HISTOLÓGICAMENTE SE COMPONE DE ESPACIOS LINFÁTICOS

DE DIFERENTES TAMAÑOS, TAPIZADOS POR ENDOTELIO Y SEPARADOS POR PAREDES MUY DELGADAS Y DELICADAS.

B.- HEMANGIOMA.-

1.- HEMANGIOMA CAPILAR. ESTE PUEDE OCURRIR EN CUALQUIER LUGAR DEL ORGANISMO, ÓRBITA OJO O CONJUNTIVA. EN ÉSTA ÚLTIMA APARECE COMO UNA FINA RED VASCULAR PLANA. OTROS TIPOS MÁS RAROS SON LA ANGIOMATOSIS RETINAE, QUE OBTIAMENTE NO OCURRE EN LA CONJUNTIVA, O HEMANGIOBLASTOMA; HEMANGIOENDOTELIOMA; HEMANGIOMA CAVERNOSO, QUE ES EL TUMOR ORBITARIO PRIMARIO QUE MÁS FRECUENTEMENTE PRODUCE EXOFTALMOS. EXISTE TAMBIÉN LA COMUNICACIÓN ARTERIOVENOSA Y LAS TELANGIECTASIAS.

C.- FACOMATOSIS.-

ES UN GRUPO HEREDOFAMILIAR DE TUMORES CONGÉNITOS QUE TIENEN EN COMÚN HAMARTOMAS DISEMINADOS, USUALMENTE BENIGNOS. EN CADA TIPO DE FACOMATOSIS LOS HAMARTOMAS ^{AFECTAN} UN TIPO DE TEJIDO PREDOMINANTEMENTE, POR EJEMPLO VASOS SANGUÍNEOS EN LA ANGIOMATOSIS RETINIANA Y TEJIDO NEURAL EN LA NEUROFIBROMATOSIS.

1.- ANGIOMATOSIS RETINIANA (ENFERMEDAD DE VON HIPPEL).

CONSISTE EN HEMANGIOMAS CAPILARES RETINIANOS. TIENE HERENCIA AUTOSÓMICA DOMINANTE. SE LLAMA VON HIPPEL-LINDAU CUANDO HAY ANGIOMAS EN EL CEREBELO. PUEDE HABER HEMORRAGIAS Y EXUDADOS RETINIANOS. ADEMÁS PUEDE HABER QUISTES PANCREÁTICOS, HIPERNEFROMAS Y FEOCROMOCITOMAS.

2.- ANGIOMATOSIS MENINGOCUTÁNEA (ANGIOMATOSIS ENCÉFALO-TRIGEMINIANA, SÍNDROME DE STURGE-WEBER). CONSISTE EN CALCIFICACIONES MENÍNGEAS UNILATERALES (RARA BILATERAL), NEVUS FLAMMEUS FACIAL (MARCHA EN VINO DE OPORTO), FRECUENTEMENTE EN LA ZONA DEL TRIGÉMINO, Y GLAUCOMA CONGÉNITO. OCULARMENTE LO MÁS COMÚN ES UN HEMANGIOMA CAVERNOSO COROIDEO. LOS CORTOCIRCUITOS AV DEL HEMANGIOMA PRODUCEN AUMENTO DE LA PRESIÓN EPISCLERAL. PUEDE HABER RETRASO MENTAL Y CONVULSIONES. EXISTEN

EN LA CONJUNTIVA FRECUENTEMENTE VASOS ANORMALES, EN EL OJO DEL LADO AFECTADO.

- 3.- NEUROFIBROMATOSIS (ENFERMEDAD DE VON RECKLINGHAUSEN). EXISTEN MÚLTIPLES TUMORES DERIVADOS DE LAS CÉLULAS DE SCHWANN DE NERVIOS CRANEALES Y PERIFÉRICOS Y DE CÉLULAS GLIALES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. PUEDE HABER MALIGNIZACIÓN SUPERIMPUESTA (FIBROSARCOMA, NEUROFIBROSARCOMA Y SCHANNOMA MALIGNO). EN LA CONJUNTIVA HAY ENGROSAMIENTO DE SUS NERVIOS. EXISTEN ADEMÁS MANCHAS CAFÉ-CON-LECHE EN PÁRPADOS, NÚDULOS IRIDIANOS, PUEDE HABER GLAUCOMA CONGÉNITO, NEUROFIBROMAS EN LA RETINA, CABEZA DEL NERVIIO ÓPTICO, Y PUEDE HABER NEUROFIBROMAS EN TODA LA ECONOMÍA.
 - 4.- ESCLEROSIS TUBEROSA (ENFERMEDAD DE BOURNEVILLE, ENFERMEDAD DE PRINGLE). TRIADA DE RETRASO MENTAL, CONVULSIONES Y ANGIOFIBROMAS (ADENOMA SEBACEUM). TIENEN MAL PRONÓSTICO.
 - 5.- ATAXIA TELANGIECTASIA (SÍNDROME DE LOUIS-BAR).- CONSISTE EN ATAXIA PROGRESIVA CEREBELAR, TELANGIECTASIA OCULOCUTÁNEA Y FRECUENTES INFECCIONES PULMONARES. EXISTEN TELANGIECTASIAS CONJUNTIVALES EN TODOS LOS PACIENTES, ASÍ COMO NISTAGMO.
 - 6.- COMUNICACIÓN ARTERIOVENOSA DE RETINA Y CEREBRO (SÍNDROME DE WYBURN-MASON). OTROS SINÓNIMOS SON ANEURISMA A/V, CIRSOIDE, RACEMOSO, SERPENTINO, PLEXIFORME. HAY ANGIOMAS DEL CEREBRO MEDIO Y RETINA, CON NEVO FACIAL. AQUÍ LA LESIÓN ES FALTA DE RED CAPILAR ENTRE VENAS Y ARTERIAS. HAY ANEURISMA A-V ESTABLE, ESTRABISMO, PARESIAS MUSCULARES, DIPLOPIA, EXOFTALMO PULSÁTIL, BAJA VISUAL Y PTOSIS.
- II.- PSEUDOTUMORES INFLAMATORIOS, HIPERPLASIA LINFOIDE, LINFOMAS Y LEUCEMIAS.-
- 1.- PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO.- POR LO GENERAL ES CAUSA DE EXOFTALMO, Y ES UNA MASA NO NEOPLÁSICA, CUALQUIERA, QUE SE PRESENTA OCUPANDO UN ESPACIO EN LA ÓRBITA Y SE PRESENTA CLÍNICAMENTE COMO UNA NEOPLASIA. CEDE CON ESTEROIDES.

- 2.- HIPERPLASIA LINFOIDE.- HIPERPLASIA REACTIVA LINFOIDE, HIPERPLASIA DE CÉLULAS PLASMÁTICAS. SON MUY DIFÍCILES DE DIFERENCIAR HISTOLÓGICAMENTE DE LINFOMAS MALIGNOS Y PLASMOCITOMAS.
- 3.- LINFOMA.- LA CONJUNTIVA PUEDE INFILTRARSE CON TEJIDO LINFOMATOSO, DE LOS VARIOS TIPOS DE LINFOMAS: NODULAR, LINFOCÍTICO DIFUSO (LINFOSARCOMA), SARCOMA DE CÉLULAS RETICULARES, DE CELULARIDAD MIXTA E INDIFERENCIADO MALIGNO. OTROS TIPOS, QUE MENOS FRECUENTEMENTE AFECTAN LA CONJUNTIVA SON: LINFOMA DE BURKITT (AFRICA), ENFERMEDAD DE HODGKIN.
- 4.- LEUCEMIAS.- TAMBIÉN AQUÍ PUEDE RESULTAR AFECTADA LA CONJUNTIVA. TIPOS: MIELÓGENA. EXOFTALMOS POR INFILTRACIÓN ORBITARIA.

III.- XANTOGRANULOMAS JUVENILES.- (NEVOXANTOENDOTELIOMA).

ES UNA ENFERMEDAD CUTÁNEA BENIGNA DE LACTANTES MENORES Y NIÑOS PEQUEÑOS. PROBABLEMENTE DEBE INCLUIRSE JUNTO CON LAS RETÍCULOENDOTELIOSIS: GRANULOMA EOSINÓFILO, ENFERMEDAD DE HAND-SCHÜLLER-CHRISTIAN Y ENFERMEDAD DE LETTERER-SIWE. EXISTEN DIVERSOS SECTORES AFECTADOS DEL OJO, ENTRE ELLOS LA CONJUNTIVA, POR GRANULOMAS INFLAMATORIOS.

IV.- TUMORES NEURALES.-

- 1.- NEUROMA DE AMPUTACIÓN.- ES UNA PROLIFERACIÓN BENIGNA DE CÉLULAS DE SCHWANN. RARO EN LA CONJUNTIVA.
- 2.- NEURILENOMA.- (SCHWANNOMA).- MUY RARO EN LA CONJUNTIVA. EL SARCOMA NEUROGÉNICO O SCHWANNOMA MALIGNO TAMBIÉN ES MUY INFRECUENTE EN LA CONJUNTIVA.

V.- TUMORES FIBROSOS.- FASCITIS NODULAR, FIBROMATOSIS JUVENIL, HISTIOCITOMA FIBROSO (XANTOMA), FIBROMA Y FIBROSARCOMA. SON MUY RAROS.

VI.- RABDOMIOSARCOMA.- TIENE PREDILECCIÓN POR LA ÓRBITA EN EL ORGANISMO. TRES TIPOS: EMBRIONARIO, DIFERENCIADO Y ALVEOLAR. LA CONJUNTIVA SE AFECTA EN FORMA DE QUEMOSIS AGENTUADA. SON DE MAL PRONÓSTICO.

-- TUMORES PIGMENTADOS --

LOS TUMORES PIGMENTADOS BENIGNOS DE LA CONJUNTIVA Y DE LA PIEL DE LOS PÁRPADOS SE LES LLAMA EN GENERAL, NEVOS, Y LOS TUMORES MALIGNOS DE ÉSTAS ESTRUCTURAS SE LES DENOMINA MELANOMAS, CON PREFIJOS Y SUFIJOS DEPENDIENDO DE LA ESPECIFICIDAD. RESPECTO A SI UN NEVO ES DE UNIÓN, COMPUESTO, SUBEPITELIAL, O DEL TIPO DENOMINADO "MELANOMA JUVENIL", ES UNA CUESTIÓN CLÍNICO-HISTOLÓGICA FRECUENTEMENTE DIFÍCIL DE DEFINIR CATEGÓRICAMENTE.

PUEDE ADELANTARSE QUE UNA LESIÓN PLANA ES UN NEVO DE UNIÓN, CON LOS CAMBIOS HISTOLÓGICOS CONFINADOS ESENCIALMENTE A LA CAPA BASAL DEL EPITELIO. CON FRECUENCIA, SIN EMBARGO, HAY CIERTA ELEVACIÓN DEBIDO A UN INCREMENTO EN LAS CÉLULAS NÉVICAS SUBEPITELIALES, Y ENTONCES SUPONEMOS QUE TENEMOS UN NEVO COMPUESTO. PUEDE CONJETURARSE QUE SE TRATA DE UN NEVO SUBEPITELIAL SI EL CRECIMIENTO ES MUY ELEVADO Y PRESENTA DISPOSICIÓN PAPILOMATOSA; Y SI TIENE CABELLOS, SOSPECHAMOS EL LUNAR COMÚN SIN ACTIVIDAD DEL EPITELIO BASAL.

EL NEVO DE UNIÓN PURO SE PRESENTA EN LOS JÓVENES, Y ES YA SEA CONGÉNITO O DE APARICIÓN PUBERAL. SIN EMBARGO, CONFORME PASA EL TIEMPO, ADQUIERE MÁS Y MÁS CÉLULAS NÉVICAS SUBEPITELIALES, Y TIENDE A VOLVERSE COMPUESTO O SUBEPITELIAL CON LOS AÑOS VENIDEROS. LA ACTIVIDAD DE UNIÓN, SIN EMBARGO, LA RETIENEN ALGUNOS NEVOS, PARTICULARMENTE EN CIERTOS LUGARES, COMO POR EJEMPLO LAS PLANTAS DE LOS PIES Y ALREDEDOR DE LOS GENITALES. POR ÉSTA RAZÓN ÉSTOS NEVOS TIENEN MAYOR POTENCIAL DE CRECIMIENTO EN AÑOS POSTERIORES. REESE, ANALIZANDO CORTES DE 100 NEVOS CONJUNTIVALES, Y UN NÚMERO MENOR DE NEVOS DE LA PIEL DE LOS PÁRPADOS, ENCONTRÓ QUE 95% DE AMBOS GRUPOS TAMBIÉN TENÍAN ACTIVIDAD DE UNIÓN. POR LO TANTO PODEMOS ASERVAR QUE LOS NEVOS DE LA CONJUNTIVA Y PIEL ALREDEDOR DEL OJO, POR VIRTUD DE ÉSTA ACTIVIDAD, TIENEN POTENCIAL MALIGNO.

LOS CAMBIOS DE UNIÓN PUEDEN SER ADQUIRIDOS EN LA VIDA ADULTA, Y EN ÉSTA DISERTACIÓN SERÁN DENOMINADOS "MELANOSIS PRECANCEROSA". CREEMOS QUE SE JUSTIFICA EL USO DE UN NOMBRE APARTE PARA ÉSTE NEVO DE UNIÓN ADQUIRIDO EN VISTA DE SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS PECULIARES. NOS REFERIREMOS A SU FASE MALIGNA TEMPRANA COMO "MELANOSIS CANCEROSA", O "MELANOCARCINOMA SUPERFICIAL".

SIENDO QUE TODOS LOS TUMORES EPITELIOGÉNICOS SE PRESUME HACEN DE CAMBIOS DE UNIÓN EN LA CAPA BASAL, PUEDE HABER COMBINACIONES, Y CASOS LÍMITROFES. EN GENERAL, SIN EMBARGO, LAS SIGUIENTES ENTIDADES CLÍNICAS SON SORPRENDENTEMENTE DEFINIDAS:

(1) EL NEVO, Y EL MELANOMA MALIGNO QUE NACE DE ÉL, EL MELANOCARCINOMA PROFUNDO; Y (2) LA MELANOSIS PRECANCEROSA (NEVO DE UNIÓN ADQUIRIDO), Y EL MELANOMA MALIGNO QUE NACE DE ÉL, LA MELANOSIS CANCEROSA O EL MELANOCARCINOMA SUPERFICIAL.

DE LOS MELANOMAS MALIGNOS DE LA CONJUNTIVA, APROXIMADAMENTE UN CUARTO EMERGEN DEL LUGAR DE UN NEVO CONGÉNITO PREEXISTENTE; LA MITAD, DE MELANOSIS PRECANCEROSA ADQUIRIDA, Y OTRA CUARTA PARTE DE ORIGEN INDETERMINADO. ESTE ÚLTIMO GRUPO ES COMPRESIBLE YA QUE EL PRECURSOR DE LA FASE MALIGNA PUEDE SER UN NEVO DE UNIÓN PURO, (CONGÉNITO O ADQUIRIDO), UN NEVO COMPUESTO, O CUALQUIER COMBINACIÓN DE AMBOS; O LA FASE MALIGNA PUEDE APARECER ESPONTÁNEAMENTE SIN UNA ETAPA PRE-CANCEROSA.

ECKER AFIRMÓ QUE LOS MELANOMAS MALIGNOS DE LA PIEL SE ORIGINAN EN NEVOS EN 25% DE LOS CASOS, Y DE MELANOSIS PRECANCEROSA (NEVO DE UNIÓN ADQUIRIDO O LÉNTIGO) EN 75% DE LOS CASOS.

EFLLIS(PECAS.-

I.- UNA ÉFELI(PECA) ES UNA LESIÓN CAFÉ, COMO PARCHE, PLANA, CON BORDES IRREGULARES.

A.- POR LO GENERAL AFECTA LA CONJUNTIVA BULBAR CERCA DEL LIMBO, PERO PUEDE AFECTAR LA CONJUNTIVA BULBAR O PALPEBRAL.

B.- LA CONJUNTIVA PIGMENTADA ES MÓVIL SOBRE LA ESCLERA.

C.- LA LESIÓN SE ENCUENTRA PRESENTE AL NACIMIENTO.

II.- LAS PECAS SON FRECUENTES EN RAZAS OSCURAS.

III.- HISTOLÓGICAMENTE, PRESENTAN AUMENTO DE LA PIGMENTACIÓN DE LA CAPA BASAL DE LAS CÉLULAS DEL EPITELIO CONJUNTIVAL; LOS MELANOCITOS SON NORMALES O DISMINUIDOS EN NÚMERO.

HISTOLÓGICAMENTE LA PECA Y EL LÉNTIGO SON SIMILARES, SI ES QUE NO IDÉNTICOS, A LA MELANOSIS ADQUIRIDA BENIGNA QUE NO TIENE ACTIVIDAD DE UNIÓN.

- COMPARACION DE NEVOS CONJUNTIVALES Y MELANOCITOSIS OCULAR
CONGENITA (MELANOSIS PRIMARIA ADQUIRIDA) -

DAIOS CLINICOS	NEVO CON- JUNTIVAL (DE UNION, SUBEPITELIAL Y CO. PUESTO) CONGENITO.	MELANOCITO- SIS OCULAR CONGENITA (MELANOSIS OCULI)	MELANOSIS PRIMARIA ADQUIRIDA (MELANOSIS CANCEROSA Y PRE/ CANCEROSA)
INICIO	(PUEDE NO PIG- MENTARSE HASTA ADULTO JOVEN).	CONGÉNITO	EDAD MADURA
ESTRUCTURA	DISCRETA	DIFUSA	DIFUSA
COLOR	CAFÉ	AZUL O GRIS PIZARRA	CAFÉ
QUISTES	PUEDE HABER. (± 50% DE LAS VECES)	NO	NO
PIGMENTA- CIÓN.	PIGMENTACIÓN VARIABLE	SIEMPRE PIG- MENTADO	SIEMPRE PIGMENTADO
CON MOVI- MIENTO CON- JUNTIVAL	LA LESIÓN SE MUEVE	LA LESIÓN NO SE MUEVE	LA LESIÓN SE MUEVE
CRECIMIEN- TO	ESTACIONARIO	ESTACIONARIO	TIENDE <u>A</u> CAMBIAR
ÚVEA	NO AFECTADA	HETEROCROMIA	NO AFECTADA
PIEL	NO AFECTADA	PUEDE ESTAR AFECTADA (NEVO DE OTA)	NO AFECTADA
POTENCIAL MALIGNO	MELANOMA CON- JUNTIVAL	MELANOMA CUTÁ- NEO O UVEAL (RARA VEZ CON- JUNTIVAL)	SOLAMENTE MELANOMA CONJUNTIVAL

- TABLA 1 -

LÉNTIGO.-

- I.- EL LÉNTIGO ES SIMILAR A LA ÉFELI, PERO UN POCO MÁS GRANDE.
- II.- HISTOLÓGICAMENTE, HAY AUMENTO DE LA PIGMENTACIÓN DE LAS CÉLULAS BASALES DEL EPITELIO CONJUNTIVAL, Y AUMENTO EN EL NÚMERO DE MELANOCITOS.

NEVOS.-

I.- INFORMACIÓN GENERAL.-

- A.- UN NEVO ES UNA LESIÓN PLANA, CONGÉNITA, O ELEVADA, BIEN CIRCUNSCRITA, QUE PUEDE NO PIGMENTARSE HASTA LA PUBERTAD O EDAD ADULTA JOVEN (ESPECIALMENTE LOS TIPOS DE UNIÓN, SUB-EPITELIAL Y COMPUESTO).
- B.- EL TUMOR TIPO HAMARTOMA SE COMPONE PRIMARIAMENTE DE CÉLULAS NÉVICAS, PERO PUEDE TAMBIÉN TENER ELEMENTOS EPITELIALES.
- C.- EL NEVO ES LA NEOPLASIA CONJUNTIVAL MÁS FRECUENTE.
- D.- CINCO TIPOS:
 - 1.- DE UNIÓN
 - 2.- SUBEPITELIAL (ANÁLOGO AL NEVO INTRADÉRMICO DE LA PIEL)
 - 3.- COMPUESTO
 - 4.- AZUL
 - 5.- MELANOCITOSIS CONGÉNITA
 - A.- MELANOCITOSIS OCULAR CONGÉNITA (MELANOSIS OCULI)
 - B.- MELANOCITOSIS OCULO DÉRMICA CONGÉNITA (NEVO DE OJA)

II.- NEVO DE UNIÓN.-

- A.- MUY SIMILAR EN ASPECTO A LOS NEVOS DE UNIÓN DE LA PIEL.
- B.- EL NEVO ES MÓVIL CON LA CONJUNTIVA SOBRE LA ESCLERA
- C.- HISTOLÓGICAMENTE LAS CÉLULAS NÉVICAS TIENEN UN ASPECTO MÁS "PREOCUPANTE" QUE LAS DE NEVOS DE UNIÓN DE LA PIEL. ESTAS CÉLULAS TIENDEN A SER MÁS GRANDES Y PUEDEN ALCANZAR LA SUPERFICIE EXTERNA DE LA EPIDERMIS.

A DIFERENCIA DE LAS DE LA PIEL, LAS CÉLULAS NÉVICAS NO SE LIMITAN NECESARIAMENTE AL ÁREA DE UNIÓN DEL EPITELIO Y SUBEPITELIO, PERO PUEDEN ENCONTRARSE ENTRE LAS CAPAS EPITELIALES SEMEJANDO INVASIÓN. HISTOLÓGICAMENTE, EL NEVO DE UNIÓN, CUANDO ESTÁ MÁXIMAMENTE PIGMENTADO, ES IDÉNTICO A LA MELANOSIS ADQUIRIDA BENIGNA CON ACTIVIDAD DE UNIÓN.

D.- EL POTENCIAL MALIGNO ES BAJO.

III.- NEVO SUBEPITELIAL.-

- A.- ES MUY SIMILAR AL NEVO INTRADÉRMICO DE LA PIEL; TIENE ASPECTO DE COLOR CARNE A CAFÉ, DEPENDIENDO DEL GRADO DE PIGMENTACIÓN.
- B.- EL NEVO SE MUEVE CON LA CONJUNTIVA SOBRE LA ESCLERA.
- C.- NO TAN COMÚN COMO LOS NEVOS DE UNIÓN O COMPUESTOS.
- D.- HISTOLÓGICAMENTE LAS CÉLULAS MUESTRAN POLARIDAD NORMAL; SE ENCUENTRAN CÉLULAS MÁS PEQUEÑAS, MÁS OSCURAS, Y MÁS AHUSADAS EN LAS CAPAS PROFUNDAS.
- E.- PROBABLEMENTE NO ES POTENCIALMENTE MALIGNO.

IV.- NEVO COMPUESTO.-

- A.- ES MUY SIMILAR AL NEVO COMPUESTO DE LA PIEL; ES CAFÉ CUANDO ESTÁ PIGMENTADO.
- B.- EL NEVO SE MUEVE CON LA CONJUNTIVA SOBRE LA ESCLERA.
- C.- HISTOLÓGICAMENTE EL COMPONENTE SUBEPITELIAL MUESTRA POLARIDAD NORMAL, V. GR., LAS CÉLULAS PRÓXIMAS AL EPITELIO SON MÁS GRUESAS, GRANDES, REDONDAS Y PÁLIDAS QUE LAS MÁS PROFUNDAS.
- D.- EL COMPONENTE HAMARTOMATOSO SUBEPITELIAL, ADemás DE CONTENER CÉLULAS NÉVICAS, FRECUENTEMENTE CONTIENE RESTOS EPITELIALES EMBRIONARIOS, QUE PUEDEN TRANSFORMARSE EN QUISTES EPITELIALES, POR EJEMPLO, UN NEVO QUISTICO. SE ENCUENTRA COMPONENTE EPITELIAL EN APROXIMADAMENTE 50% DE LOS NEVOS CONJUNTIVALES.
- E.- MELANOMA "JUVENIL" O FUSOCELULAR.-
 - 1.- ESTE TIPO ESPECIAL DE NEVO COMPUESTO SE PRESENTA PREDOMINANTEMENTE EN NIÑOS.
 - 2.- HISTOLÓGICAMENTE ES SIMILAR AL MELANOMA JUVENIL DE LA PIEL.
- F.- EL POTENCIAL MALIGNO ES BAJO.
ALGUNA VEZ ÉSTOS TUMORES FUERON CLASIFICADOS COMO MELANOMAS MALIGNOS. SOLAMENTE EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS SE HA RECONOCIDO AMPLIAMENTE SU COMPORTAMIENTO BENIGNO.

V.- NEVO AZUL.-

- A.- ES MUY SIMILAR AL NEVO AZUL DE LA PIEL; TIENE ASPECTO AZUL A GRIS OSCURO EN SU COLORACIÓN, Y ES PIGMENTADO DESDE EL NACIMIENTO.
- B.- APARECE COMO UNA PIGMENTACIÓN DIFUSA QUE NO SE MUEVE CON LA CONJUNTIVA SOBRE LA ESCLERA.
- C.- HISTOLÓGICAMENTE SE VEN CÉLULAS NÉVICAS PROFUNDAMENTE EN EL TEJIDO SUBEPITELIAL EN LOS FASCÍCULOS INTERCONECTORES.
 - 1.- LAS CÉLULAS SON MÁS PROFUNDAS QUE LAS CÉLULAS DE LOS NEVOS COMPUESTOS, SUBEPITELIALES O DE UNIÓN.
 - 2.- LAS CÉLULAS TIENEN FORMA MÁS AHUSADA, ALARGADA, Y TIENEN PROLONGACIONES MÁS LARGAS QUE OTROS TIPOS DE CÉLULAS NÉVICAS.
 - 3.- CUANDO ES MUY CELULAR, EL NEVO SE DENOMINA NEVO AZUL CELULAR.
 - A.- APARECE COMO UN NÓDULO AZUL LOCALIZADO
 - B.- ES POTENCIALMENTE MALIGNO, PERO RARA VEZ.
- D.- UN NEVO AZUL PUEDE SER DIFÍCIL DE DIFERENCIAR DE OTRAS LESIONES QUE CAUSAN PIGMENTACIÓN EPISCLERAL.
- E.- DEPENDIENDO DEL TIPO CELULAR, NO ES POTENCIALMENTE MALIGNO.

VI.- MELANOCITOSIS CONGÉNITA.-

- A.- MELANOCITOSIS OCULAR CONGÉNITA.- (MELANOSIS OCULI)
 - 1.- PROBABLEMENTE SE CONOCE MEJOR COMO NEVO AZUL DIFUSO DE LA CONJUNTIVA. PUEDE SER UN NEVO AZUL CELULAR PERO NO SIEMPRE.
 - 2.- ESTA ENTIDAD GENERALMENTE ES UNILATERAL Y SE PRESENTA GENERALMENTE EN RAZAS OSCURAS (NEGROS Y ORIENTALES).
 - 3.- LA LESIÓN TIENE UN COLOR AZUL O GRIS PIZARRA DESDE EL NACIMIENTO Y NO SE MUEVE CON LA CONJUNTIVA.
 - 4.- SE ASOCIA CON NEVO UVEAL DIFUSO IPSILATERAL QUE CAUSA HETEROCROMIA (LA HETEROCROMIA A VECES ES MÍNIMA, ESPECIALMENTE EN INDIVIDUOS DE OJOS CAFÉS). EL SÍNDROME DE WAARDENBURG CONSISTE EN HETEROCROMIA IRIDIS (UNILATERAL O BILATERAL; SEGMENTARIA O DIFUSA),

USUALMENTE CON UNA AFECTACIÓN SIMILAR (MELANOCITOSIS CONGÉNITA) DEL RESTO DE LA ÚVEA; DESPLAZAMIENTO TEMPORAL DEL GANTO INTERNO; HAY ECTOPIA DE LOS PUNTOS LAGRIMALES CON BLEFAROFIMOSIS; LA NARIZ TIENE BASE ANCHA PROMINENTE; HAY HIPERTRICOSIS DE LAS CEJAS, LAS CUALES SE JUNTAN EN LA PARTE MEDIA; EXISTE MECHÓN BLANCO EN LA FRENTE, UNA FORMA DE ALBINISMO PARCIAL (HAY ENCANECIMIENTO TEMPRANO POSTPUBERAL); HAY PIGMENTACIÓN DEFECTUOSA DE CUALQUIER PARTE DEL CUERPO Y SORDERA CONGÉNITA.

5.- LA AFECTACIÓN PUEDE SER SEGMENTARIA, POR EJEMPLO LIMITADA A UN CUADRANTE (MÁS O MENOS) DEL OJO.

CUANDO ES SEGMENTARIA, EL NEVO UVEAL DIFUSO GENERALMENTE AFECTA EL IRIS, CUERPO CILIAR Y COROIDES EN EL MISMO CUADRANTE (MÁS O MENOS).

6.- EL PROBLEMA ES POTENCIALMENTE MALIGNO CUANDO SE PRESENTA EN INDIVIDUOS BLANCOS; RESULTA MELANOMA MALIGNO UVEAL. RARA VEZ EL SITIO DE LA MALIGNIDAD ES LA CONJUNTIVA O LA ÓRBITA.

B.- MELANOCITOSIS OCULOÉRMICA CONGÉNITA.-(NEVO DE OTA).

1.- LA MELANOSIS OCULOÉRMICA CONGÉNITA ES UN NEVO AZUL DE LA PIEL ALREDEDOR DE LA ÓRBITA (PÁRPADOS, CEJAS, ETC.) ASOCIADA A MELANOCITOSIS OCULAR CONGÉNITA IPSILATERAL.

2.- LA PIGMENTACIÓN DE LA PIEL GENERALMENTE ES PROMINENTE PERO PUEDE SER MUY SUTIL.

3.- EL PROBLEMA CASI SIEMPRE ES UNILATERAL, Y SUCEDE POR LO GENERAL EN LAS RAZAS OSCURAS (NEGROS Y ORIENTALES).

4.- CUANDO SE PRESENTA EN GENTE BLANCA ES POTENCIALMENTE MALIGNO (MELANOMA UVEAL Y DE PIEL; MUY RARA VEZ MELANOMA CONJUNTIVAL).

MELANOSIS ADQUIRIDA.-

I.- MELANOSIS ADQUIRIDA PRIMARIA.-

A.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.-

1.- LA MELANOSIS CONSISTE EN UNA PIGMENTACIÓN CAFÉ, DIFUSA, UNILATERAL QUE SE MUEVE CON LA CONJUNTIVA SOBRE LA ESCLERA.

ES ANÁLOGA AL LÉNTIGO MALIGNO DE LA PIEL.

2.- EL PROBLEMA TIENE UN COMPORTAMIENTO VARIABLE Y PROLONGADO.

A.- RARA VEZ PERMANECERÁ ESTABLE O REMITIRÁ.

B.- PUEDE PERMANECER BENIGNO PERO CRECER LENTAMENTE CON LOS AÑOS.

C.- PUEDE MALIGNIZARSE (17%), PUEDE MALIGNIZARSE, GENERALMENTE 5 A 10 AÑOS POSTERIOR AL INICIO.

3.- LA EDAD DE INICIO ES ALREDEDOR DE LOS 40 A 50 AÑOS DE EDAD.

B.- CLASIFICACIÓN DE LA MELANOSIS ADQUIRIDA UNILATERAL PRIMARIA (ZIMMERMAN):

1.- ETAPA I. MELANOSIS ADQUIRIDA BENIGNA (MELANOSIS PRECANCEROSA)

A. CUANDO LA ACTIVIDAD DE UNIÓN ES NULA O MÍNIMA.

1) EL ÚNICO HALLAZGO PUEDE SER HIPERPIGMENTACIÓN DEL EPITELIO.

2) PUEDEN ENCONTRARSE ALGUNOS CONGLOMERADOS CELULARES EN LA POSICIÓN DE UNIÓN.

B. CUANDO LA ACTIVIDAD DE UNIÓN ES MARCADA

1) SE VEN MUCHOS NIDOS DE CÉLULAS NÉVICAS EN LA POSICIÓN DE UNIÓN. ALGUNOS NIDOS PUEDEN PARECER "PREOCUPANTES" DEBIDO A ATÍPIA CELULAR.

2) FRECUENTEMENTE SE ENCUENTRAN VASOS INGURGITADOS Y CÉLULAS INFLAMATORIAS EN LA SUSTANCIA PROPIA. HISTOLÓGICAMENTE APARECE IDÉNTICO A UN NEVO DE UNIÓN CONJUNTIVAL CONGÉNITO. SE NECESITA SABER LA EDAD DE INICIO PARA DIFERENCIAR ENTRE AMBOS. POR LO TANTO, EL DIAGNÓSTICO DE MELANOSIS ADQUIRIDA BENIGNA ES UN DIAGNÓSTICO CLÍNICO-PATOLÓGICO, NO SÓLO HISTOPATOLÓGICO.

2.- ETAPA II. MELANOSIS ADQUIRIDA MALIGNA (MELANOSIS CANCEROSA).

A. CUANDO LA INVASIÓN ES MÍNIMA

1) EL PROBLEMA ES ANÁLOGO AL MELANOMA SUPERFICIAL INVASOR O INCIPIENTE DE LA PIEL.

2) ADEMÁS DE LOS CAMBIOS CITOLÓGICOS DE LA ETAPA I,

SE ENCUENTRAN ÁPEAS FOCALES DE SUSTITUCIÓN DEL ESPESOR COMPLETO DEL EPITELIO POR CÉLULAS NÉVICAS MUY ATÍPICAS (MELANOMA).

3) LA SUSTANCIA PROPIA PUEDE ESTAR INVADIDA SUPERFICIALMENTE.

4) PUEDE HABER FIGURAS MITÓTICAS.

B. CUANDO LA INVASIÓN ES PROMINENTE, SE TRATA DE UN MELANOMA MALIGNO ADEMÁS DE LOS CAMBIOS CITOLÓGICOS DE LAS ETAPAS I Y II.

II.- MELANOSIS ADQUIRIDA SECUNDARIA.-

A.- CAUSAS

1.- RADIACIÓN

2.- TRASTORNOS METABÓLICOS

A. ENFERMEDAD DE ADDISON

B. EMBARAZO

3.- TOXICIDAD QUÍMICA

A. ARSÉNICO

B. CLOROPROMACINA

4.- TRASTORNOS CONJUNTIVALES CRÓNICOS

A. TRACOMA

B. CONJUNTIVITIS PRIMAVERAL

C. QUEPATONALACIA

D. XERODERMA PIGMENTOSA

E. AGANTOSIS NIGRICANS

----- 0 -----

MELANOMA MALIGNO.-

EL MELANOMA CONJUNTIVAL ES UN TUMOR MALIGNO POCO FRECUENTE QUE AFECTA LA MUCOSA DEL GLOBO OCULAR Y PÁRPADOS Y EN GENERAL SE DICE QUE DE LOS MELANOMAS DE MUCOSAS EN CABEZA Y CUELLO LA LOCALIZACIÓN CONJUNTIVAL ES LA MENOS FRECUENTE Y LE PRECEDEN LOS DE BOCA Y NARIZ.

NO SE CUENTA CON LA MISMA EXPERIENCIA COMO EN EL CASO DEL MELANOMA CUTÁNEO, Y ES POR ÉSA RAZÓN POR LO QUE EN DETERMINADOS ASPECTOS, COMO SON CLASIFICACIÓN, NIVELES DE INVASIÓN, TRATA-

MIENTO, PRONÓSTICO, ETC., COMO SE VERÁ MÁS ADELANTE, SE HA RECURRIDO A UNA CORRELACIÓN, QUE AUNQUE DISCUTIBLE, ES ACEPTADA POR LA MAYORÍA DE LOS AUTORES. SIN EMBARGO, AUNQUE SE TRATA DE UN TUMOR RARO, YA DESDE 1820 ÉSTA ENTIDAD ES MENCIONADA POR BENJAMÍN TRAVERS; EL PRIMER REPORTE ES HECHO POR BAUMGARTEN, 1852. SETENTA Y TRES CASOS FUERON RECOPIADOS EN LA LITERATURA INTERNACIONAL POR VERHOEFF Y LORING EN 1903, Y 80 CASOS POR PARSONS EN 1904. EN LA ACTUALIDAD LAS CASUÍSTICAS MÁS AMPLIAS CORRESPONDEN A REESE, LEWIS, ZIMMERMAN Y ASH (68 CASOS), DEL INSTITUTO DE PATOLOGÍA DE LAS FUERZAS ARMADAS DE WASHINGTON D. C., EEUU, Y DE JAY (104 CASOS), DEL INSTITUTO DE OFTALMOLOGÍA DE LONDRES.

EN NUESTRO PAÍS, LA CASUÍSTICA MÁS AMPLIA CORRESPONDE A LOS DRES. DANILL SILVA Y ALFREDO GOMEZ-LEAL.

INCIDENCIA.-

NO HAY PREDILECCIÓN POR EL SEXO.

EDAD.-

ENTRE LOS 40 A 60 AÑOS DE EDAD. ES MUY RARO ANTES DE LOS 30 AÑOS, ASÍ COMO DESPUÉS DE LOS 80.

RAZA.-

MÁS FRECUENTE EN LA RAZA BLANCA Y RELATIVAMENTE RARO EN LOS NEGROS. LA CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO ES DISCUTIBLE, YA QUE SE TRATA DE TUMORES RAROS, Y LA EXPERIENCIA CLÍNICA CON SU MANEJO ES LIMITADA, AUNQUE EN MUCHOS ASPECTOS EL MELANOMA CONJUNTIVAL ES DIFERENTE DEL CUTÁNEO, ES DE UTILIDAD EL CONTRASTE Y CARACTERÍSTICAS SIMILARES DE ÉSOS DOS GRUPOS DE TUMORES. CON EL FIN DE HACER UNA CORRELACIÓN CON EL MELANOMA DE CONJUNTIVA, SE HARÁ UN BREVE RECORDATORIO DEL MELANOMA CUTÁNEO EN CUANTO A SU CLASIFICACIÓN Y TIPOS CLÍNICOS.

TIPOS CLÍNICOS DE MELANOMA CUTÁNEO.-

- 1.- LENTIGO MALIGNO, MELANOMA (MELANOMA MALIGNO) DE ORIGEN EN LA PECA MELANÓTICA DE HUTCHINSON.
- 2.- MELANOMA SUPERFICIAL DIFUSO (MELANOMA PAGET-JUDE).
- 3.- MELANOMA NODULAR.

DE LOS TRES TIPOS CLÍNICOS DE MELANOMA CUTÁNEO EL MELANOMA LENTIGO MALIGNO ES EL MENOS MALIGNO Y EL NODULAR EL PEOR.

NIVEL DE INVASION DEL MELANOMA CUTÁNEO.-

EL MELANOMA CUTÁNEO TAMBIÉN SE CLASIFICA POR EL NIVEL DE INVASIÓN(CLARK-MCGOVERN) EN EL CUAL EL TUMOR SE EXTIENDE DEBAJO DE LA SUPERFICIE EPIDÉRMICA; SE DESCRIBEN CINCO NIVELES, DE ACUERDO AL ÁREA QUE AFECTE EL MELANOMA:

- NIVEL 1: INTRAEPIDERMIS
- NIVEL 2: DERMIS PAPILAR
- NIVEL 3: INTERPAPILO-RETICULAR
- NIVEL 4: DERMIS RETICULAR
- NIVEL 5: GRASA SUBCUTÁNICA

OCURREN RELATIVAMENTE POCAS METÁSTASIS DE LOS MELANOMAS CUTÁNEOS HASTA QUE EL TUMOR INVADIR EL ESPACIO RETÍCULOPAPILAR O LA BASE DE LA DERMIS PAPILAR(NIVEL 3).

FASES DE CRECIMIENTO DEL MELANOMA CUTÁNEO.-

EL MELANOMA CUTÁNEO HA SIDO CLASIFICADO DE ACUERDO A SI SE DESARROLLA EN UNA O DOS FASES:

- 1.- CRECIMIENTO RADIAL(SUPERFICIAL).
- 2.- CRECIMIENTO VERTICAL(INVASOR).

LA MAYORÍA DE LOS MELANOMAS CUTÁNEOS INICIAN CON UN CRECIMIENTO RADIAL;TALES TUMORES PUEDEN ESTAR CONFINADOS A LA EPIDERMIS(NIVEL 1) O PUEDEN EXTENDERSE HACIA LA DERMIS PAPILAR (NIVEL 2);LA FASE DE CRECIMIENTO VERTICAL SE CARACTERIZA POR INVASIÓN DEL TUMOR DE LA DERMIS RETICULAR O GRASA(III,IV Y V).

EL MELANOMA LÉNTIGO MALIGNO Y MELANOMA SUPERFICIAL DIFUSO SE ORIGINA EN UNA FASE RADIAL,MIENTRAS QUE EL MELANOMA NODULAR SE ORIGINA EN CRECIMIENTO VERTICAL.ÁMBAS FASES DE CRECIMIENTO PUEDEN OCURRIR EN LA MISMA LESIÓN Y EL GRADO EN QUE CADA UNA ESTÉ PRESENTE ES DE PRONÓSTICO SIGNIFICATIVO.SE CREE QUE LA PROGRESIÓN DE UNA FASE SUPERFICIAL A UNA DE CRECIMIENTO VERTICAL REPRESENTA UN CAMBIO FUNDAMENTAL EN LA NATURALEZA Y POTENCIAL DE CRECIMIENTO DEL TUMOR,NO SÓLO UN CRECIMIENTO EN EL TAMAÑO.

CLASIFICACION DEL MELANOMA CONJUNTIVAL.-

DE ACUERDO A SU ORIGEN(REESE):

- 1.- ORIGINARIO EN MELANOSIS ADQUIRIDA(PREGANCEROSA).....50%
- 2.- ORIGINARIO EN NEVO PREEXISTENTE.....25%
- 3.- MELANOMA DE NVO.....25%

JAY BÁSICAMENTE ESTÁ DE ACUERDO CON ÉSTA CLASIFICACIÓN, Y ZIMMERMAN SUGIERE UNA CLASIFICACIÓN HISTOGENÉTICA DENTRO DE CINCO TIPOS:

- 1.- MELANOMA DERIVADO DE UN NEVO CONJUNTIVAL
- 2.- MELANOMA DERIVADO DE MELANOSIS CONJUNTIVAL ADQUIRIDA
- 3.- MELANOMA DERIVADO DE PECA MELANÓTICA DE HUTCHINSON.
- 4.- MELANOMA DERIVADO DE MELANOMA SUPERFICIAL DIFUSO.
- 5.- MELANOMA DE NOVO.

CUANDO UN MELANOMA SE ORIGINA EN LA PIEL DE LA CARA O PÁRPADOS Y SECUNDARIAMENTE AFECTA LA CONJUNTIVA, EL TUMOR PUEDE SER CLASIFICADO DENTRO DE LOS TRES TIPOS CLÍNICOS DE MELANOMA CUTÁNEO YA DESCRITOS.

TIPOS CLÍNICOS DE MELANOMA CONJUNTIVAL.-

BERNARDINO ET AL CLASIFICAN EL MELANOMA CONJUNTIVAL PRIMARIO DENTRO DE LOS TRES TIPOS CLÍNICOS ENCONTRADOS EN LA PIEL; ZIMMERMAN SEÑALA QUE ÉL ENCUENTRA DIFICULTAD PARA SUBCLASIFICAR EL MELANOMA CONJUNTIVAL ENTRE AQUÉLLOS QUE SE ORIGINAN EN UNA PECA MELANÓTICA DE HUTCHINSON, DE AQUÉLLOS QUE SON MELANOMAS SUPERFICIALES DIFUSOS.

NIVELES DE INVASIÓN DE MELANOMAS CONJUNTIVAL.-

SILVERS ET AL, CLASIFICAN EL MELANOMA CONJUNTIVAL DENTRO DE DOS GRUPOS: 1) HIPERPLASIA MELANÓTICA ATÍPICA (MELANOMA IN SITU); 2) MELANOMA INVASOR.

EN LA HIPERPLASIA MELANÓTICA ATÍPICA, LOS MELANOCITOS ANORMALES ESTÁN CONFINADOS AL EPITELIO CONJUNTIVAL Y EL CASO ES ANÁLOGO AL MELANOMA SUPERFICIAL DIFUSO DE LA PIEL. EL TÉRMINO MELANOMA INVASOR SE UTILIZA PARA DESCRIBIR LESIONES EN LAS QUE LAS CÉLULAS MALIGNAS SE EXTIENDEN POR DEBAJO DEL EPITELIO CONJUNTIVAL, DENTRO DE LA SUSTANCIA PROPIA. EL EPITELIO CONJUNTIVAL ES RELATIVAMENTE DELGADO, COMPARADO CON LA EPIDERMIS DE LA PIEL, Y LA SUSTANCIA PROPIA CONJUNTIVAL ES SIMILARMENTE MUCHO MÁS DELGADA QUE LA DERMIS CUTÁNEA. DEBIDO A ÉSTAS DIFERENCIAS ANATÓMICAS ENTRE LA CONJUNTIVA Y LA PIEL, LOS CINCO NIVELES DE INVASIÓN DE CLARK-MCGOVERN NO SE APLICAN EN MELANOMAS CONJUNTIVALES.

FASES DE CRECIMIENTO DEL MELANOMA CONJUNTIVAL.-

LA CLASIFICACIÓN DE MELANOMAS DENTRO DE AQUÉLLOS CON UN CRECIMIENTO RADIAL O SUPERFICIAL Y AQUÉLLOS CON UNA FASE DE CRECIMIENTO VERTICAL, SE UTILIZA PARA TUMORES CONJUNTIVALES COMO PARA TUMORES DE LA PIEL; LOS TUMORES CON PREDOMINIO DE O EN TOTAL FASE DE CRECIMIENTO RADIAL INCLUYEN A MUCHOS MELANOMAS, DE ORIGEN EN ÁREAS DE MELANOSIS ADQUIRIDA, ASÍ COMO AQUÉLLOS CLASIFICADOS POR SILVERS COMO MELANOMAS IN SITU.

LOS TUMORES QUE TIENEN FASE DE CRECIMIENTO VERTICAL INCLUYEN AQUÉLLOS QUE SON ALGUNAS VECES DESCRITOS COMO MELANOMA NODULAR, Y AQUÉLLOS CLASIFICADOS POR SILVERS COMO MELANOMAS INVASORES.

PRONÓSTICO DEL MELANOMA CUTÁNEO.-

SE HAN ESTABLECIDO CIERTAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOLÓGICAS O CORRELACIONADAS CON EL PRONÓSTICO DEL MELANOMA CUTÁNEO Y CONJUNTIVAL. EN LA PIEL, EL MELANOMA QUE SE ORIGINA EN LÉNTIGO MALIGNO ES MÁS FAVORABLE QUE EL DE TIPO NODULAR; EL MELANOMA QUE SE ORIGINA EN NEVOS NO PARECE TENER ALGUNA CARACTERÍSTICA ESPECIAL O PRONÓSTICO DISTINTO QUE LOS QUE SE ORIGINAN EN MELANOCITOS EPIDÉRMICOS APARENTEMENTE NORMALES. EL COMPORTAMIENTO CLÍNICO DEL MELANOMA CUTÁNEO ES DE ACUERDO AL NIVEL DE INVASIÓN; CONFORME SE PROFUNDIZA LA LESIÓN, SE ASOCIA MÁS CON METÁSTASIS NODULARES. COMO LA PIEL VARÍA EN GROSOR SEGÚN LA PARTE DEL CUERPO, DOS TUMORES CON EL MISMO NIVEL DE INVASIÓN PUEDEN VARIAR CONSIDERABLEMENTE EN GROSOR, POR LO TANTO EL ESPESOR DEL TUMOR HA SIDO HISTOLÓGICAMENTE MEDIDO Y SE ESTABLECE UNA CORRELACIÓN CON LA SOBREVIVENCIA. BRESLOW Y OTROS HAN USADO MICRÓMETROS OCULARES Y HAN DESCUBIERTO QUE EL NIVEL II Y III EN MELANOMAS QUE FUERON MENORES DE 0.76 MM RARA VEZ METASTATIZAN, AL MISMO TIEMPO QUE OTRAS LESIONES DE MAYOR ESPESOR, FRECUENTEMENTE FUERON LETALES. LA INVASIÓN A VASOS SANGUÍNEOS Y LA INVASIÓN LINFÁTICA ESTÁN ASOCIADOS CON UN PRONÓSTICO POCO FAVORABLE. OTROS FACTORES SON DE CIERTA IMPORTANCIA PARA EL PRONÓSTICO DEL MELANOMA CUTÁNEO, COMO EL GRADO DE ANAPLASIA NUCLEAR, GRADO DE REACCIÓN INFLAMATORIA Y EL GRADO DE PIGMENTACIÓN.

PRONÓSTICO DEL MELANOMA CONJUNTIVAL.-

REESE Y OTROS, HAN ENFATIZADO QUE EN GENERAL LOS MELANOMAS QUE AFECTAN LA MEMBRANA MUCOSA FRECUENTEMENTE TIENEN UN PEOR PRONÓSTICO EN RELACIÓN CON TUMORES QUE SE ORIGINAN EN LA PIEL.

ESTA DIFERENCIA PUEDE SER PARCIALMENTE DEBIDO AL HECHO DE QUE MUCHOS SE ORIGINAN EN BOCA Y NARIZ, Y TIENEN UN GRAN CRECIMIENTO CUANDO SON DETECTADOS; EN CAMBIO LOS MELANOMAS CONJUNTIVALES FRECUENTEMENTE SON DETECTADOS CUANDO PEQUEÑOS Y SU TRATAMIENTO PUEDE SER PROPORCIONADO EN UN ESTADIO TEMPRANO. ESTA CARACTERÍSTICA PODRÍA EXPLICAR EL MEJOR PRONÓSTICO DE MUCHOS MELANOMAS CONJUNTIVALES.

LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOLÓGICAS DE LOS MELANOMAS CONJUNTIVALES NO HAN SIDO BIEN CORRELACIONADAS CON EL PRONÓSTICO COMO LOS MELANOMAS CUTÁNEOS, POR LO QUE CIERTOS DATOS TIENEN VALOR PRONÓSTICO Y PUEDEN SER USADOS EN LA GUÍA TERAPÉUTICA DE ÉSAS RARAS NEOPLASIAS.

ORIGEN DEL MELANOMA CONJUNTIVAL.-

EL MELANOMA CONJUNTIVAL QUE SE ORIGINA EN ÁREAS DE MELANOSIS ADQUIRIDA (EN MUCOSA PUEDE SER EL EQUIVALENTE DE MELANOMA LÉNTIGO MALIGNO) Y QUE PARECE TENER UN MÁS FAVORABLE PRONÓSTICO QUE LOS MELANOMAS QUE SE DESARROLLAN DE NOVO, JAY NO ENCUENTRA MUCHA DIFERENCIA EN EL PRONÓSTICO DE LOS MELANOMAS DE CONJUNTIVA QUE SE ORIGINAN EN ASOCIACIÓN CON MELANOSIS ADQUIRIDA Y EN ASOCIACIÓN CON NEVOS O DE NOVO.

ESPEJOR DEL MELANOMA CONJUNTIVAL.-

SILVERS ET AL., ESTABLECIERON QUE EL MELANOMA CONJUNTIVAL DE UN ESPESOR MAYOR DE 1.5 MM SE ASOCIA CON UN MAL PRONÓSTICO. LA PIEZA QUIRÚRGICA COMPLETA PUEDE SER CUIDADOSAMENTE SECCIONADA E HISTOLÓGICAMENTE EXAMINADA. DE ÉSTE MODO TODOS LOS MÁRGENES DEL TEJIDO ESCINDIDO PUEDEN SER VALORADOS, Y SER MEDIDA LA MAYOR PARTE DEL TUMOR. COMO SE MENCIONÓ PREVIAMENTE, LA DIFERENCIA ANATÓMICA ENTRE PIEL Y MUCOSA IMPOSIBILITA EL USO DE LOS 5 NIVELES DE CLARK-MCGOVERN.

FASES DE CRECIMIENTO DEL MELANOMA CONJUNTIVAL.-

LA CLASIFICACIÓN DE LOS MELANOMAS DENTRO DE LOS QUE SE DIFUNDEN CON CRECIMIENTO RADIAL Y LOS DE CRECIMIENTO VERTICAL, ES DE IMPORTANCIA PRONÓSTICA; LOS MELANOMAS CON UN PATRÓN DE CRECIMIENTO RADIAL PREDOMINANTE PUEDE REPRESENTAR UNA U OTRA FORMA DE MELANOMA CUTÁNEO, LÉNTIGO MALIGNO O MELANOMA SUPERFICIAL, Y MELANOMAS QUE CRECEN CON UN PATRÓN VERTICAL, LO CUALES SON ENTONCES INVASORES, DE MAYOR GROSOR, Y CON PRONÓSTICO POR LO TANTO PEOR, COMPARADO CON LAS LESIONES MÁS SUPERFICIALES.

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DEL MELANOMA CONJUNTIVAL.-

LOS MELANOMAS QUE SE ORIGINAN EN LA CONJUNTIVA DULAR Y PARTICULARMENTE AQUÉLLOS LOCALIZADOS CERCA DEL LIMBO CORNEAL PARECEN TENER MEJOR PRONÓSTICO QUE LOS QUE INTERESAN LA CONJUNTIVA PALPEBRAL. LOS FONDOS DE SACO CONJUNTIVALES Y LA CARÚNCULA. ZIMMERMAN HA ENFATIZADO QUE LA DENSA COLÁGENA DE LA Córnea Y ESCLERA LIMITA LA INVASIÓN PROFUNDA DEL MELANOMA CERCA DEL LIMBO; RESPECTO A ÉSTO, PUEDE CAUSAR UN NÓDULO EXOFÍTICO EL CUAL LLEVA A UNA DETECCIÓN TEMPRANA DEL TUMOR. LAS CARACTERÍSTICAS TALES COMO CORTE TRANSVERSAL, VASCULARIZACIÓN, ACTIVIDAD MITÓTICA, TIPO DE CÉLULAS PREDOMINANTES Y GRADO DE REACCIÓN INFLAMATORIA, ES DE VARIABLE SIGNIFICANCIA PRONÓSTICA.

TRATAMIENTO DEL MELANOMA CONJUNTIVAL.-

DEBE EFECTUARSE VALORACIÓN MÉDICA GENERAL Y EXPLORACIÓN OCULAR COMPLETA CUANDO SE SOSPECHA QUE UN PACIENTE TIENE UN MELANOMA CONJUNTIVAL; DEBE TENERSE EN CUENTA SIEMPRE QUE ÉSTOS TUMORES PUEDEN METASTATIZAR A GANGLIOS REGIONALES, TÓRAX Y ABDOMEN. DEBIDO A ÉSTE POTENCIAL DISEMINATORIO, DEBEN PALPARSE CUIDADOSAMENTE LA PARÓTIDA, GANGLIOS PREAURICULARES Y CERVICALES; ADEMÁS, EFECTUAR PLACA DEL TÓRAX, EXPLORACIÓN HEPÁTICA Y SUS PRUEBAS FUNCIONALES. DEBE EXAMINARSE LA SUPERFICIE CONJUNTIVAL CUIDADOSAMENTE CUANDO SE ESTABLECE TUMOR PIGMENTADO O ÁREA DE PIGMENTACIÓN, PUES TODA LA CONJUNTIVA ESTÁ EXPUESTA A SER ORIGEN DE LESIÓN MULTIFOCAL. EL CONTROL FOTOGRÁFICO ES IMPORTANTE PARA DOCUMENTAR EL TAMAÑO, FORMA Y PIGMENTACIÓN Y UN PLANO DE LA SUPERFICIE COMPLETA DE LA CONJUNTIVA COMO CON EL FONDO DE OJO DE UN PACIENTE CON ANOMALÍA DE RETINA.

EL VALOR DE LA DISECCIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES EN FORMA PROFILÁCTICA, CUANDO NO HAY EVIDENCIA CLÍNICA DE DIFUSIÓN METASTÁSICA, ES DISCUTIBLE; SI LA DISECCIÓN REGIONAL DE GANGLIOS LINFÁTICOS ES LLEVADA A CABO COMO PARTE DEL TRATAMIENTO PARA MELANOMAS DE CABEZA Y CUELLO, LA PARÓTIDOLINFADENECTOMÍA PODRÍA SER COMBINADA CON REMOCIÓN DE LOS GANGLIOS CERVICALES.

EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL ESTADIO I DEL MELANOMA CONJUNTIVAL ES TAMBIÉN MUY CONTROVERTIDO. ALGUNAS VECES SE SELECCIONAN CIRUGÍAS RELATIVAMENTE CONSERVADORAS POR LA PROXIMIDAD DEL OJO Y PORQUE LA CIRUGÍA RADICAL PRODUCE UNA IMPORTANTE DEFORMIDAD COSMÉTICA. LOS MELANOMAS CONJUNTIVALES QUE SON RELATIVAMENTE PLANOS PERO QUE AFECTAN LA CONJUNTIVA TARSAL O LOS FÓRNICES CONJUNTIVALES, SON POR LO GENERAL MÁS AGRESIVOS QUE LOS DE LA CONJUNTIVA BULBAR. LA EXTENSIÓN DE LA RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE TALES TUMORES DEBEN INDIVIDUALIZARSE, PERO EN GENERAL DEBE SER ANCHO Y PROFUNDO, RESPECTO A LOS TUMORES SOBRE LA SUPERFICIE DEL OJO. AUNQUE EL VACIAMIENTO ORBITARIO ES UN PROCEDIMIENTO MUTILANTE, OFRECE LA VENTAJA TERAPÉUTICA DE LA REMOCIÓN COMPLETA DEL TUMOR PRIMARIO JUNTO CON LA EXCISIÓN DE TODA LA CONJUNTIVA Y TODO EL TEJIDO ADYACENTE QUE PUEDE SER SUBCLÍNICAMENTE AFECTADO POR EL MELANOMA MULTIFOCAL.

REESE HA RECOMENDADO CONJUNTIVECTOMÍA TOTAL COMO TRATAMIENTO EN ALGUNOS PACIENTES CON MELANOMA QUE SE ORIGINÓ EN MELANOSIS ADQUIRIDA. SILVERS ET AL PIENSAN QUE A CAUSA DEL MUY MAL PRONÓSTICO PARA MELANOMAS CONJUNTIVALES QUE SON INVASORES A 2 MM O MENOR, LA EXENTERACIÓN O VACIAMIENTO ORBITARIO PODRÍA SER EVITADA SIN OLVIDAR LA LOCALIZACIÓN ANATÓMICA; POR LO TANTO EN PACIENTES CON DETERMINADO ESPESOR DE LA LESIÓN Y PROFUNDIDAD INVASORA DEL MELANOMA EN ESTADIO I, EN QUIENES PERMANECE LA EXCISIÓN LOCAL COMO ADECUADA, PODRÍA REQUERIR CIRUGÍA MUTILATORIA; EN TALES PACIENTES LA DISECCIÓN REGIONAL DE GANGLIOS LINFÁTICOS PODRÍA SER CONSIDERADA COMO BENEFICIOSA, PARA MEJORAR EL PRONÓSTICO DEL MELANOMA CONJUNTIVAL, PERO ÉSTO NO HA SIDO DEMOSTRADO.

TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO.-

LOS MÉTODOS DE TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO DE TUMOR PRIMARIO EN PACIENTES CON MELANOMA CONJUNTIVAL INCLUYEN CRIOTERAPIA, RADIOTERAPIA CON APLICADORES DE ESTRONCIO

Y RADIOTERAPIA EXTERNA USANDO RAYOS X Y HACES DE PROTONES. NO EXISTE AÚN UN NÚMERO ADECUADO DE PACIENTES Y SUFICIENTES SEGUIMIENTOS PARA EVALUAR LA UTILIDAD DE TALES PROCEDIMIENTOS. EL COMPORTAMIENTO DEL MELANOMA CONJUNTIVAL ES ALTAMENTE INCIER- TO. EN ALGUNOS PACIENTES LOS TUMORES NO PARECEN METASTATIZAR A PESAR DE REPETIDAS RECURRENCIAS LOCALES Y EXCISIONES CONSER- VADORAS. DESAFORTUNADAMENTE NO HAY UN CRITERIO ACEPTADO POR EL CUAL TALES TUMORES RELATIVAMENTE BENIGNOS PUEDEN O NO SER ERRADI- CADOS ACTUALMENTE.

SE HAN USADO ACTUALMENTE EN FORMA ANPLIA LA QUIMIO- TERAPIA(DACARBACINA O DTIC) E INMUNOTERAPIA(BCG), COMO TRATA- MIENTO ADJUNTO DEL MELANOMA CUTÁNEO. EL PAPEL DE ÉSTAS MODALIDA- DES DE MANEJO DEL ESTADO Í NO SE HA ESTABLECIDO ADECUADA- MENTE. LA EXPERIENCIA CON QUIMIDTERAPIA E INMUNOTERAPIA ES MUY LIMITADA.

SE HA OBSERVADO QUE DURANTE EL EMBARAZO ALGUNOS MELANO- MAS CRECEN RÁPIDAMENTE, ASÍ COMO EN SITUACIONES CON ALTOS NI- VELES ESTROGÉNICOS. ES POSIBLE QUE ALGUNOS MELANOMAS PUEDAN SER ESTRÓGENO-DEPENDIENTES Y QUE ÉSOS TUMORES PUEDAN RESPONDER A HORMONAS ANTIESTROGÉNICAS. LA UTILIDAD CLÍNICA DE ÉSTA OBSERVA- CIÓN EN EL MANEJO DEL MELANOMA CONJUNTIVAL PERMANECE EN ESPE- CULACIÓN.

----- 0 -----

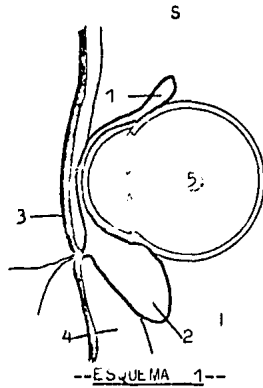
ANATOMIA E HISTOLOGIA DE LA CONJUNTIVA

- ANATOMÍA -

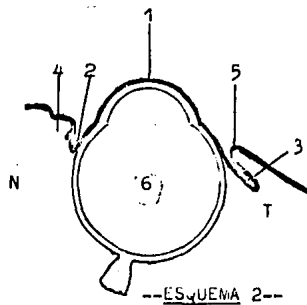
LA CONJUNTIVA ES UNA MEMBRANA MUCOSA DELGADA, TRANSLÚCIDA, QUE DERIVA SU NOMBRE DEL HECHO DE QUE UNE AL OJO CON LOS PÁRPADOS. RECUBRE LA SUPERFICIE POSTERIOR DE LOS PÁRPADOS, Y LUEGO SE REFLEJA HACIA ADELANTE SOBRE EL GLOBO OCULAR. SU EPITELIO SE CONTINÚA ANTERIORMENTE CON EL EPITELIO CORNEAL. POR LO TANTO, FORMA UN ESPACIO COMPLEJO, EL SACO O FÓRNIX CONJUNTIVAL O FONDO DE SACO CONJUNTIVAL, QUE SE ABRE HACIA ADELANTE EN LA HENDIDURA PALPEBRAL Y SÓLO SE CIERRA CUANDO ESTÁN CERRADOS LOS PÁRPADOS. AUNQUE TODAS LAS PARTES DE LA CONJUNTIVA SE CONTINÚAN UNAS CON OTRAS, SE DIVIDE PARA PROPÓSITOS DESCRIPTIVOS EN TRES REGIONES: CONJUNTIVA TARSAL O PALPEBRAL (QUE RECUBRE LA CARA POSTERIOR DE LOS PÁRPADOS), CONJUNTIVA BULBAR (ADHERIDA AL GLOBO OCULAR), Y EL FÓRNIX CONJUNTIVAL, DONDE SE UNEN LAS CONJUNTIVAS BULBAR Y TARSAL.

1.- CONJUNTIVA TARSAL. - PUEDE DIVIDIRSE A SU VEZ EN TRES PORCIONES: MARGINAL, TARSAL Y ORBITARIA.

LA CONJUNTIVA DEL BORDE LIBRE PALPEBRAL ES DE HECHO UNA ZONA TRANSICIONAL ENTRE LA PIEL Y LA CONJUNTIVA PROPIAMENTE DICHA. LA ESTRUCTURA DE LA ZONA MARGINAL SE CONTINÚA HACIA LA PARTE POSTERIOR DEL PÁRPADO POR 2 MM HACIA UN PEQUEÑO SURCO LLAMADO PLIEGUE SUBTARSAL, EN EL CUAL HAY VASOS PERFORANTES QUE PASAN A TRAVÉS DEL TARSO HACIA LA CONJUNTIVA. LOS PUNTOS LAGRIMALES SE ABREN EN LA PORCIÓN MARGINAL DE LA CONJUNTIVA, Y A TRAVÉS DE LOS MISMOS EL SACO CONJUNTIVAL O CAVIDAD CONJUNTIVAL SE CONTINÚA DIRECTAMENTE CON EL MEATO INFERIOR DE LA NARIZ A TRAVÉS DE LOS CONDUCTOS LAGRIMALES. POR LO TANTO LAS INFECCIONES CONJUNTIVALES PUEDEN DISEMINARSE HACIA LA NARIZ Y VICEVERSA. LA CONJUNTIVA TARSAL ES DELGADA, TRANSPARENTE Y MUY VASCULARIZADA. ESTA VASCULARIZACIÓN LE CONFIERE A ÉSTA REGIÓN SU COLOR ROJIZO O ROSADO, Y DE HECHO SE EXPLORA CUANDO SE SOSPECHA ANEMIA. SIENDO QUE LA CONJUNTIVA ES TRANSPARENTE, LAS GLÁNDULAS TARSALAS DE MEIBOMIO SON VISIBLES A TRAVÉS DE LA MISMA COMO ESTRÍAS AMARILLENTAS.



CORTE SAGITAL DEL OJO PARA DEMOSTRAR LOS FONDOS DE SACO SUPERIOR E INFERIOR DE LA CONJUNTIVA.-
 S, LADO SUPERIOR; I LADO INFERIOR. 1.- FONDO DE SACO SUPERIOR; 2.- FONDO DE SACO INFERIOR; 3.- PÁRPADO SUPERIOR; 4.- PÁRPADO INFERIOR; 5.- CUERPO VÍTREO



CORTE HORIZONTAL DEL OJO PARA DEMOSTRAR LOS FONDOS DE SACO INTERNO Y EXTERNO DE LA CONJUNTIVA.-
 N=LADO NASAL. T=LADO TEMPORAL. 1.- CÓRNEA.
 2.- FONDO DE SACO INTERNO. 3.- FONDO DE SACO EXTERNO.
 4.- CARÚNCULA LAGRIMAL. 5.- COMISURA EXTERNA DE LOS PÁRPADOS (CANTO EXTERNO) 6.- CUERPO VÍTREO.

LA CONJUNTIVA TARSAL SE ENCUENTRA ÍNTIMAMENTE ADHERIDA AL TARSO SUPERIOR; DE HECHO, ES CASI IMPOSIBLE SEPARAR AMBAS POR DISECCIÓN; DEBIDO A ÉSTO, TAMBIÉN ES IMPOSIBLE CUBRIR DEFECTOS EN LA MISMA, A DIFERENCIA DE LA CONJUNTIVA BULBAR, SIMPLEMENTE DISECANDO COLGAJOS CERCANOS Y JALÁNDOLOS SOBRE EL ÁREA DESCUBIERTA. A DIFERENCIA DE LA CONJUNTIVA TARSAL SUPERIOR, QUE SE ADHIERE ÍNTIMAMENTE AL TARSO EN CASI TODA SU EXTENSIÓN, LA INFERIOR SE ADHIERE AL PROPIO SÓLO EN LA MITAD DEL ANCHO DEL MISMO.

LA ZONA ORBITARIA DE LA CONJUNTIVA DEL PÁRPADO SUPERIOR SE ENCUENTRA ENTRE EL BORDE SUPERIOR DE LA PLACA TARSAL Y EL FÓRNIX. SE ENCUENTRA LAXAMENTE SOBRE EL SUBYACENTE MÚSCULO NO ESTRIADO DE MULLER. SU SUPERFICIE SE VUELVE PLIEGUES HORIZONTALES. SON PLIEGUES DE MOVIMIENTO, QUE SON MUY MARCADOS AL ESTAR LOS OJOS ABIERTOS Y CASI DESAPARECEN AL ESTAR CERRADOS. APARECEN DESPUÉS DEL NACIMIENTO. EN EL ÁREA JUSTO SOBRE LA PLACA TARSAL SUPERIOR, SE ENCUENTRAN UNA SERIE DE FINAS ESTRIACIONES, QUE LA DIVIDEN EN UN MOSAICO DE ELEVACIONES PEQUEÑAS (PLATAFORMA DE STIEDA). ESTAS ELEVACIONES NO SON VERDADERAS PAPILAS, AUNQUE PUEDEN TRANSFORMARSE EN INFLAMACIONES. ESTA ÁREA PUEDE INCLUIR LA CONJUNTIVA TARSAL, PERO NUNCA MÁS ALLÁ DE LA MITAD.

II.- FONDO DE SACO CONJUNTIVAL.- ES UN FONDO DE SACO CIRCULAR CONTÍNUO, QUE SE INTERRUMPE SÓLO

(EN EL LADO NASAL) POR LA CARÚNCULA Y PLIEGUE SEMILUNAR. PARA SU ESTUDIO SE DIVIDE EN SUPERIOR, INFERIOR, LATERAL Y NASAL.

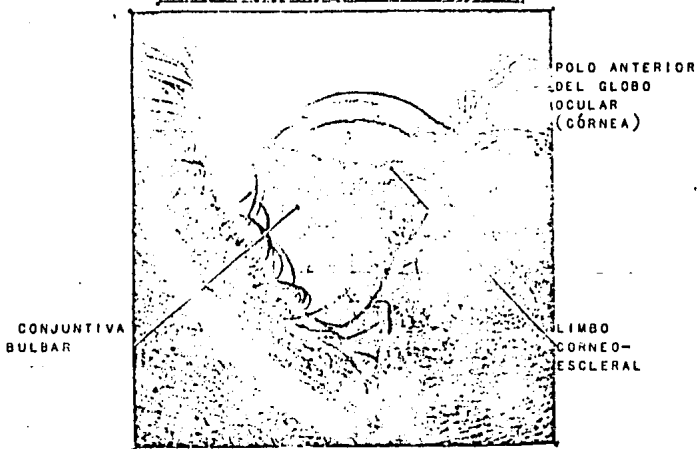
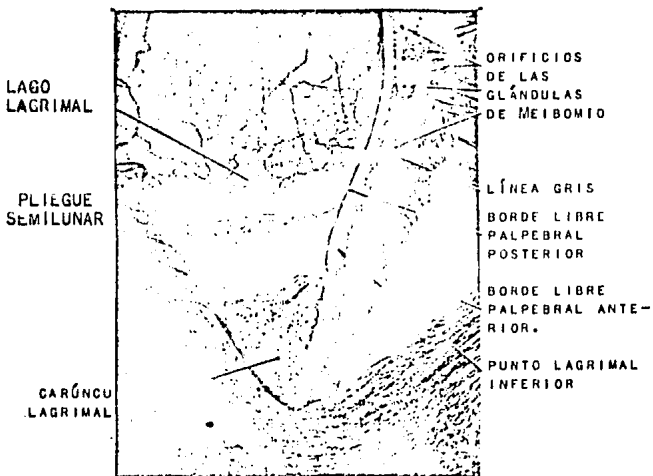
FORNIX SUPERIOR.- LLEGA AL BORDE ORBITARIO A APROXIMADAMENTE 8-10 MM DEL LIMBO.

FORNIX INFERIOR.- SE EXTIENDE A UNOS MILÍMETROS DEL MARGEN ORBITARIO INFERIOR, A 8 MM DEL LIMBO.

FORNIX LATERAL (O TEMPORAL).- SE ENCUENTRA A 5 MM DE LA SUPERFICIE, O A 14 MM DEL LIMBO, Y SE EXTIENDE HASTA UN POCO POR DETRÁS DEL ECUADOR DEL GLOBO OCULAR.

FORNIX NASAL O MEDIAL.- ES EL MENOS PROFUNDO, Y ESTÁ MERAMENTE REPRESENTADO POR LAS TERMINACIONES SUPERIOR E INFERIOR DE LOS RECESOS MEDIALES.

EL FÓRNIX CONJUNTIVAL ESTÁ EN CONTACTO CON TEJIDO FIBROSO LAXO,



- ESQUEMA 3 -

PUNTOS DE REFERENCIA EXTERNOS DEL OJO.

EL CUAL SE DERIVA DE LAS EXPANSIONES DE LAS VAINAS DEL ELEVADOR DEL PÁRPADO Y MÚSCULOS RECTOS, QUE ES FÁCILMENTE DISTENSIBLE. EN LOS FÓRNICES SE ENCUENTRAN LAS GLÁNDULAS CONJUNTIVALES DE KRAUSE Y EL MÚSCULO DE MÜLLER. AL CONTRAERSE LOS MÚSCULOS RECTO SUPERIOR Y ELEVADOR DEL PÁRPADO JALAN EL FÓRNIX SUPERIOR, HACIÉNDOLO MÁS PROFUNDO. ESTE TEJIDO FIBROSO SE CONTINUA CON EL TARSO. EN EL INTERVALO INTERTENDINOSO, O SEA, EN LAS REGIONES DIAGONALES DE LOS FÓRNICES, LA CONJUNTIVA ESTÁ EN CONTACTO CON LA GRASA ORBITARIA, Y ES EN ÉSTA REGIÓN DONDE LAS INFILTRACIONES Y HEMORRAGIAS, TALES COMO EN FRACTURA DE LA BASE DE CRÁNEO, ALCANZAN LA CONJUNTIVA Y PUEDEN EXTENDERSE HACIA LA CórNE.

EL FÓRNIX ESTÁ BIEN IRRIGADO, SIENDO VISIBLE UN PLEXO VENOSO ABUNDANTE EN EL FÓRNIX INFERIOR, DONDE TAMBIÉN PUEDEN VERSE OCASIONALMENTE LAS EXTENSIONES APONEURÓTICAS BLANQUECINAS DEL RECTO Y OBLÍCUO INFERIOR A TRVÉS DE LA CONJUNTIVA.

III.- CONJUNTIVA BULBAR.- ESTA ES DELGADA, Y TAN TRANSPARENTE QUE LA ESCLERA APARECE BLANCA AL VERSE A TRAVÉS DE ELLA -DE AQUÍ LA EXPRESIÓN "LO BLANCO DEL OJO". SE ENCUENTRA LAXAMENTE SOBRE LOS TEJIDOS SUBYACENTES, DE MODO QUE PUEDE MOVERSE FÁCILMENTE SOBRE ELLOS. ESTE MOVIMIENTO SE LLEVA A CABO CON TODOS LOS MOVIMIENTOS DEL OJO; SE HACE EVIDENTE PRESIONANDO LA CONJUNTIVA A TRAVÉS DEL PÁRPADO INFERIOR, Y EL CIRUJANO OFTALMÓLOGO SABE QUÉ FÁCIL ES TOMAR UN PLIEGUE DE CONJUNTIVA CON UNAS PINZAS. LA CONJUNTIVA BULBAR AL PRINCIPIO ESTÁ EN CONTACTO CON LOS TENDONES DE LOS MÚSCULOS RECTOS, CUBIERTOS POR LA FASCIA BULBAR (CÁPSULA DE TENON). POR LO TANTO, PARA EXPONER TALES TENDONES, COMO EN UNA TENOTOMÍA, DEBEMOS PRIMERO INCIDIR LA CONJUNTIVA Y LUEGO LA TENON PARA LLEGAR A ELLOS. FRENTE A LA INSERCIÓN DE LOS TENDONES DE LOS RECTOS LA CONJUNTIVA BULBAR YACE SOBRE LA PARTE ANTERIOR DE LA FASCIA BULBAR. HASTA UN PUNTO COMO A 3 MM DEL LIMBO LA CONJUNTIVA ESTÁ SEPARADA DE LA FASCIA BULBAR POR TEJIDO AREOLAR LAXO, EN EL CUAL ENCONTRAMOS LOS VASOS SUBCONJUNTIVALES, Y ENTRE ELLOS Y LA ESCLERA SE ENCUENTRA EL TEJIDO LAXO EPISCLERAL, EN LA PORCIÓN ANTERIOR DEL ESPACIO DE TENON. EN ÉSTE ESPACIO EPISCLERAL ESTÁN LAS ARTERIAS CILIARES ANTERIORES, FORMANDO EL PLEXO PERICORNEAL Y LOS TENDONES DE LOS RECTOS.

APROXIMADAMENTE A 3 MM DEL LIMBO, LA CONJUNTIVA, FASCIA BULBI Y ESCLERA SE VUELVEN MÁS ESTRECHAMENTE UNIDAS. POR ÉSTO, AUNQUE ES MUCHO MÁS DIFÍCIL LEVANTAR UN PLIEGUE DE CONJUNTIVA CERCA DE LA CÓRNEA, PUEDE OBTENERSE UNA TOMA MUCHO MÁS FIRME AQUÍ CON UNA PINZA QUE EN OTRO LUGAR. EN EL PUNTO DE UNIÓN LA CONJUNTIVA SE ENCUENTRA ELEVADA A VECES POR UN BORDE DISCRETO, QUE SE HACE MUY APARENTE EN INFLAMACIONES. ESTA PARTE DE LA CONJUNTIVA SE CONOCE COMO CONJUNTIVA LÍMBICA. EN EL LIMBO, EN EL ÁNGULO ENTRE EL EPITELIO Y LA ESCLERA, LA DERMIS DE LA CONJUNTIVA, FASCIA BULBI Y LA EPISCLERA, SE FUSIONAN EN UN TEJIDO DENSO.

IV./ ESTRUCTURA DE LA CONJUNTIVA.— VARÍA FUNDAMENTALMENTE EN SUS DIFERENTES REGIONES. DE ÉSTO DEPENDE LA LIMITACIÓN DE CIERTOS PROCESOS PATOLÓGICOS A ÁREAS DEFINIDAS. SÓLO EN EL RECIÉN NACIDO LA CONJUNTIVA ES REALMENTE NORMAL, PUES DEBIDO A SU EXPOSICIÓN, HAY CAMBIOS PATOLÓGICOS DESDE LA MÁS TEMPRANA EDAD. LA CONJUNTIVA, COMO TODAS LAS MEMBRANAS MUCOSAS, CONSISTE EN DOS CAPAS: EL EPITELIO Y LA LAMINA PROPRIA SUBMUCOSA.

V.— ARTERIAS.— EL SUMINISTRO ARTERIAL DE LA CONJUNTIVA PROVIENE DE TRES PARTES:

- 1.— LAS ARCADAS ARTERIALES PERIFÉRICAS
- 2.— LAS ARCADAS MARGINALES ARTERIALES
- 3.— LAS ARTERIAS CILIARES ANTERIORES.

DE ÉSTAS, RESPECTO AL PÁRPADO SUPERIOR, LA ARCADE PERIFÉRICA SUPLE CON MUCHO EL ÁREA MAYOR, O SEA, CASI TODA LA CONJUNTIVA TARSAL, EL FÓRNIX SUPERIOR Y LA CONJUNTIVA BULBAR HASTA 4 MM DE LA CÓRNEA. LA ARCADE PERIFÉRICA EN EL PÁRPADO SUPERIOR ESTÁ SITUADA EN EL BORDE SUPERIOR DEL TARSO, ENTRE LAS DOS PORCIONES DEL ELEVADOR. EMITE LAS RAMAS PERFORANTES PERIFÉRICAS, QUE PASAN POR ENCIMA DE LA PLACA TARSAL Y ATRAVIESAN EL MÚSCULO PALPEBRAL PARA ALCANZAR LA CONJUNTIVA, BAJO LA CUAL EMITE RAMAS HACIA ARRIBA Y ABAJO. LAS RAMAS DESCENDENTES IRRIGAN CASI TODA LA CONJUNTIVA TARSAL. CORREN PERPENDICULARMENTE AL MARGEN PARPEBRAL, Y SE ANASTOMOSAN CON LAS RAMAS MUCHO MÁS CORTAS DE LA ARTERIA MARGINAL, QUE HAN PERFORADO EL TARSO EN EL PLIEGUE SUBTARSAL.

LAS RAMAS ASCENDENTES PASAN HACIA ARRIBA AL FÓRNIX, LUEGO DANDO LA VUELTA AQUÍ DESCIENDEN DEBAJO DE LA CONJUNTIVA BULBAR COMO LAS ARTERIAS CONJUNTIVALES POSTERIORES. PASAN HACIA LA Córnea, Y A 4 MM DE ELLA SE ANASTOMOSAN CON LAS ARTERIAS CONJUNTIVALES ANTERIORES, RAMAS DE LAS CILIARES ANTERIORES, LAS ARTERIAS CONJUNTIVALES POSTERIORES SON MÓVILES, Y SE MUEVEN JUNTO CON LA CONJUNTIVA BULBAR.

LA ARCADEA MÉRIFÉRICA DEL PÁRPADO SUPERIOR, CUANDO EXISTE, SE ENCUENTRA FRENTE AL MÚSCULO DE MÜLLER INFERIOR Y ENTONCES GENERALMENTE SE COMPORTA COMO EL SUPERIOR. PERO ES INCONSTANTE Y PUEDE VENIR DE OTRAS ARTERIAS ADENÁS DE LA LAGRIMAL, POR EJEMPLO, DE LA FACIAL TRANSVERSA O DE LA TEMPORAL SUPERFICIAL. FRECUENTEMENTE ESTÁ AUSENTE, EN CUYO CASO LA CONJUNTIVA DEL PÁRPADO INFERIOR, DEL FÓRNIX INFERIOR Y DE LA PORCIÓN INFERIOR DE LA CONJUNTIVA BULBAR, OBTIENEN SU IRRIGACIÓN DE LA ARCADEA MARGINAL O DE LAS ARTERIAS MUSCULARES DEL RECTO INFERIOR. LA ARCADEA MARGINAL ENVÍA SUS RAMAS PERFORANTES A TRAVÉS DEL TARSO PARA ALCANZAR LA SUPERFICIE PROFUNDA DE LA CONJUNTIVA EN EL PLIEGUE SUBTARSAL. ÉSTAS RAMAS SE DIVIDEN EN RAMILLAS MARGINAL Y TARSAL.

LAS ARTERIOLAS MARGINALES CORREN PERPENDICULARMENTE AL BORDE LIBRE PALPEBRAL, FORMANDO UNA ZONA MUY VASCULARIZADA; LAS ARTERIOLAS TARSALAS CORREN PERPENDICULARMENTE PARA ENCONTRARSE CON LAS RAMAS CORRESPONDIENTES DE LA ARCADEA PERIFÉRICA. LA CONJUNTIVA TARSAL ESTÁ BIEN SURTIDA CON SANGRE, DE AQUÍ SU COLOR ROJO. EL COLOR DISMINUYE AL PASAR HACIA EL FÓRNIX, Y LA CONJUNTIVA BULBAR ES TRANSPARENTE EXCEPTO CUANDO SUS VASOS ESTÁN DILATADOS.

LAS ARTERIAS CILIARES ANTERIORES VIENEN DE LAS ARTERIAS MUSCULARES DE LOS RECTOS. CADA ARTERIA MUSCULAR EMITE DOS CILIARES ANTERIORES, EXCEPTO LAS DE LOS RECTOS LATERALES, QUE SURTE SÓLO UNA. LAS ARTERIAS CILIARES ANTERIORES PASAN HACIA DELANTE EN UN PLANO MÁS PROFUNDO QUE LAS CONJUNTIVALES POSTERIORES. SON, SIN EMBARGO, VISIBLES, PERO PARECEN MÁS OSCURAS QUE LOS VASOS SUPERFICIALES. A 4 MM DE LA UNIÓN CORNEOESCLERAL SE DOBLAN HACIA EL INTERIOR DEL OJO Y PERFORAN LA ESCLERA PARA REUNIRSE CON EL CÍRCULO ARTERIAL MAYOR, EL CUAL AYUDAN A FORMAR. EL AGUJERO EN LA ESCLERA FRECUENTEMENTE ESTÁ MARCADO POR PIGMENTO (ASA DE AXENFELD; NO DEBE CONFUNDIRSE CON MELANOMAS O NEVOS CONJUNTIVALES).

EN EL SITIO DE CURVATURA, LAS CILIARES ANTERIORES EMITEN LAS ARTERIAS CONJUNTIVALES ANTERIORES, QUE PASAN HACIA ADELANTE EN UN NIVEL MÁS PROFUNDO QUE LOS VASOS CONJUNTIVALES POSTERIORES. NO SE MUEVEN CON LA CONJUNTIVA. PASAN HACIA ADELANTE Y, ANASTOMOSÁNDOSE ENTRE ELLAS, FORMAN UNAS SERIES DE ARCADAS PARALELAS AL MARGEN CORNEAL QUE MÁS ANTERIORMENTE DA LUGAR AL PLEXO PERICORNEAL, MIENTRAS QUE POSTERIORMENTE EMITEN HAMILLETES QUE SE ANASTOMOSAN CON LAS ARTERIAS CONJUNTIVALES POSTERIORES.

EL PLEXO PERICORNEAL SE DISPONE EN DOS CAPAS: SUPERFICIAL CONJUNTIVAL Y EPISCLERAL PROFUNDA. LA PORCIÓN SUPERFICIAL SE INYECTA CUANDO HAY AFECCIONES SUPERFICIALES DE LA CórNEA, MIENTRAS QUE LA PORCIÓN PROFUNDA SE ENCUENTRA HIPERÉMICA EN ENFERMEDADES DEL IRIS, CUERPO CILIAR O LA PORCIÓN PROFUNDA DE LA CórNEA. LA DILATACIÓN DE LOS VASOS PROFUNDOS DA LUGAR A LA INYECCIÓN CILIAR, COMO UNA BANDA ROJADA. DEBE NOTARSE QUE LO ROJIZO DESAPARECE CON LA PRESIÓN, PERO LOS VASOS NO SE MUEVEN CON LA CONJUNTIVA. EN LA CONJUNTIVITIS LA CONJUNTIVA BULBAR SE VUELVE ROJO LADRILLO, DEBIDO A LA HIPEREMIA DE LA DENSA RED VASCULAR DE LOS VASOS SUPERFICIALES QUE, DERIVANDO DE LOS CONJUNTIVALES POSTERIORES, SON NORMALMENTE CASI INVISIBLES. LA HIPEREMIA AUMENTA HACIA LOS FÓRNICES Y DISMINUYE HACIA LA CórNEA; NO DESAPARECE CON LA PRESIÓN. LOS VASOS SE MUEVEN CON LA CONJUNTIVA.

TODOS LOS HECHOS ANTERIORES SE EXPLICAN POR LA DISPOSICIÓN ANATÓMICA DE LOS VASOS. POR LO TANTO VEMOS QUE AUNQUE UNIDA POR ANASTOMOSIS, EL ÁREA IRRIGADA POR LAS ARCADAS PALPEBRALES POR UNA PARTE, Y QUE RECIBE SU APORTE SANGUÍNEO DE LAS CILIARES ANTERIORES POR OTRA PARTE SON MÁS O MENOS MARCADAMENTE DIFERENCIADAS, Y EN LAS AFECCIONES DE LA CONJUNTIVA LOS VASOS DEL ANTERIOR ÁREA ESTÁN INYECTADOS, LA HIPEREMIA AUMENTANDO CONFORME NOS ACERCAMOS AL FÓRNIX, MIENTRAS QUE EN LA INFLAMACIÓN PROFUNDA, O SEA, DEL IRIS Y CUERPO CILIAR, LA RED DE VASOS ALREDEDOR DE LA CórNEA QUE VIENE DE LAS CILIARES ANTERIORES, FORMA UNA BANDA CARACTERÍSTICA COLOR ROSADO.

VI.- VENAS CONJUNTIVALES.— ACOMPAÑAN A LAS ARTERIAS CORRESPONDIENTES, PERO SON MUCHO MÁS NUMEROSAS. PRINCIPALMENTE, DIGAMOS DE LA CONJUNTIVA TARSAL, DEL FÓRNIX Y DE LA PORCIÓN PRINCIPAL DE LA CONJUNTIVA BULBAR DRENAN

HACIA LAS VENAS PALPEBRALES.

CORRESPONDIENDO A LA ARCADA ARTERIAL PERIFÉRICA DEL PÁRPADO SUPERIOR, HAY UN PLEXO VENOSO IMPORTANTE Y BIEN MARCADO, EL CUAL, SITUADO ENTRE LOS TENDONES DEL ELEVADOR, ENVÍA SU SANGRE NUEVAMENTE HACIA LAS VENAS DEL ELEVADOR Y RECTO SUPERIOR, LAS QUE NUEVAMENTE DRENAN A LA OFTÁLMICA. EN LA ZONA CIRCUMCORNEAL IRRIGADA POR LAS CILIARES ANTERIORES LAS VENAS CORRESPONDIENTES SON MENOS APARENTES QUE LAS ARTERIAS. FORMAN UNA RED A 5-6 MM DE ANCHO, QUE DRENA HACIA LAS VENAS MUSCULARES. SE HACE APARENTE EN LA HIPEREMIA.

VII.- LINFÁTICOS.- LOS LINFÁTICOS CONJUNTIVALES ESTÁN DISPUESTOS EN DOS PLEXOS. UNO, SUPERFICIAL, QUE SE COMPONE DE VASOS PEQUEÑOS, SITUADO JUSTO DEBAJO DE LOS CAPILARES VASCULARES; Y UNO PROFUNDO, CONSISTIENDO DE VASOS MÁS GRANDES, SITUADO EN LA CAPA FIBROSA DE LA CONJUNTIVA, QUE RECIBE LA LINFA DE LOS PLEXOS SUPERFICIALES. DRENAN HACIA LAS COMISURAS, DONDE SE UNEN A LOS LINFÁTICOS DE LOS PÁRPADOS: LOS LATERALES SE VÁN A LOS GANGLIOS PARÓTIdeos Y LOS NAsALES, A LOS GANGLIOS SUBMAXILARES.

VIII.- NERVIOS.- LA INERVACIÓN DE LA CONJUNTIVA SE DERIVA DE LA MISMA FUENTE QUE LA DE LOS PÁRPADOS EN GENERAL, PERO LOS LARGOS CILIARES O CILIARES LARGOS INERVAN LA CórNEA Y SU ZONA PERIFÉRICA, Y EL SUMINISTRO LAGRIMAL Y TROCLEAR INERVAN UNA ÁREA DE CONJUNTIVA MUCHO MAYOR QUE DE PIEL. LAS TERMINACIONES NERVIOSAS EN LA CONJUNTIVA PUEDEN CONSIDERARSE BAJO DOS TÍTULOS: SIMPLÉS, DESNUDAS O LIBRES, Y COMPACTAS, ESPECIALIZADAS, TALES COMO LOS BULBOS TERMINALES DE KRAUSE.

A) TERMINACIONES LIBRES.- LOS NERVIOS AL PERDER SU VAINA DE MIELINA, FORMAN UN PLEXO SUBEPITELIAL EN LA PARTE SUPERFICIAL DE LA SUSTANCIA PROPIA. DE ÉSTAS FIBRAS PASAN A FORMAR UN PLEXO INTRAEPITELIAL ALREDEDOR DE LAS BASES DE LAS CÉLULAS EPITELIALES Y ENVÍAN FIBRILLAS NERVIOSAS LIBRES ENTRE ÉSTAS. PASAN MUCHAS FIBRAS A LOS VASOS SANGUÍNEOS.

B) BULBOS TERMINALES DE KRAUSE. - CUERPOS REDONDOS DE 0.02 MM A 0.1 MM DE LARGO. CADA UNO ESTÁ RODEADO POR UNA ENVOLTURA DE TEJIDO COELECTIVO, QUE SE CONTINÚA CON LA VAINA DEL NERVIYO Y ESTÁ RECUBIERTO POR CÉLULAS ENDOTELIALES. AQUÍ SE HALLA UNA MASA ENMARAÑADA DE FIBRILLAS. A LA ENVOLTURA ENTRAN UNO O DOS NERVIOS, PIERDEN SU VAINA DE MIELINA Y SE UNEN A LA MASA CENTRAL.

LA CARÚNCULA .-

LA CARÚNCULA (DIMINUTIVO EN LATÍN, CARO=CARNE) ES UN CUERPO OVOIDE, COLOR ROSADO, SUAVE Y PEQUEÑO DE ALREDEDOR DE 5 MM DE ALTO POR 3 MM DE ANCHO, SITUADO EN LA LAGUNA LAGRIMAL AL LADO MEDIAL DEL PLIEGUE SEMILUNAR. ESTÁ ADHERIDO A LA Plica semilunaris o pliegue semilunar, y tiene algunas fibras de la vaina del músculo recto interno. ENTONCES ES MUY PROMINENTE CUANDO EL OJO ESTÁ EN ABDUCCIÓN, AL SER TRACCIONADO POR EL PLIEGUE SEMILUNAR, Y SE PROFUNDIZA BASTANTE CON EL OJO EN ADDUCCIÓN, Y ALGUNAS VECES POSTERIOR A TENOTOMÍA DEL RECTO INTERNO.

EN REALIDAD ES UN PEDAZO DE PIEL MODIFICADA, POR LO QUE ESTÁ CUBIERTA POR EPITELIO ESTRATIFICADO ESCAMOSO MODIFICADO, CON SUS PELOS, GLÁNDULAS SEBÁCEAS Y SUDORÍPARAS. DIFIERE DE LA PIEL EN QUE CONTIENE GLÁNDULAS COMO LAS DE KRAUSE. EN LAS PROFUNDIDADES DE LA CARÚNCULA EL ABUNDANTE TEJIDO COELECTIVO ESTÁ EN CONTACTO CON EL SEPTUM ORBITALE Y EL LIGAMENTO ALAR O FRENADOR NASAL. EL EPITELIO SE ASEMEJA AL DEL BORDE LIBRE PALPEBRAL, PERO LA CAPA SUPERFICIAL NO ESTÁ QUERATINIZADA. TAMBIÉN HACIA LA CONJUNTIVA SE ENCUENTRAN CÉLULAS GOBLET. ÉSTAS PUEDEN ESTAR SOLAS O EN GRUPOS, FORMANDO ACINOS. LAS GLÁNDULAS SEBÁCEAS SE ASEMEJAN A LAS DE LOS PÁRPADOS. PRODUCEN LA SECRECIÓN BLANCA CARACTERÍSTICA FRECUENTEMENTE ENCONTRADA EN EL CANTO INTERNO. LAS GLÁNDULAS LAGRIMALES MODIFICADAS SON FRECUENTEMENTE ESTRUCTURAS PROMINENTES. SE ENCUENTRAN EN EL CENTRO DE LA CARÚNCULA, TIENEN UNA ESTRUCTURA TÍPICA TÚBULO-ACINAR Y SE ABREN MEDIANTE UN DUCTO SINUOSO CERCA DE LA Plica. ALREDEDOR DE LA GLÁNDULA LAGRIMAL HAY USUALMENTE UNA DELGADA CAPA GRASA. LOS PELOS, ALREDEDOR DE QUINCE EN NÚMERO, SON DELGADOS, TRANSPARENTES Y DIRIGIDOS HACIA LA NARIZ.

IRRIGACIÓN SANGUÍNEA.— MEDIANTE LAS ARTERIAS PALPEBRALES NAA-
SALES SUPERIORES. LAS RAMAS, PARA ALCAN-
ZAR LA CARÚNCULA, TIENEN QUE PASAR A TRAVÉS DE TEJIDO CONEC-
TIVO DENSO. ESTO LOS MANTIENE PATENTES AL CORTARLOS, LO QUE
RESULTA EN SANGRADO LIBRE, COMO LO ES UNA DISPOSICIÓN SIMILAR
EN EL CUERO CABELLUDO.

LINFÁTICOS.— ESTOS DRENAN A LAS GLÁNDULAS LINFÁTICAS O GANGLIOS
LINFÁTICOS SUBÁNGULO MAXILARES.

INERVACIÓN.— POR EL NERVI0 INFRATROCLEAR.

EL PLIEGUE SEMILUNAR.—

EL PLIEGUE SEMILUNAR O PLICA SEMILUNA-
RIS ES UN PLIEGUE CRESCIENTE DE CONJUNTIVA COLOCADO VERTICALMEN-
TE CON SU CONCAVIDAD HACIA EL LADO TEMPORAL Y ESTANDO LATERAL-
MENTE Y PARCIALMENTE DEBAJO DE LA CARÚNCULA. SU CUERNO INFERIOR
SE DIRIGE A LA MITAD DEL FÓRNIX INFERIOR, MIENTRAS QUE EL SU-
PERIOR NO LLEGA TAN LEJOS. SU BORDE LATERAL ES LIBRE Y ESTÁ SE-
PARADO DE LA CONJUNTIVA BULBAR POR UN PEQUEÑO FONDO DE SACO DE
2 MM DE PROFUNDIDAD, PRESENTE CUANDO EL OJO ESTÁ EN ADUCCIÓN,
Y CASI DESAPARECIENDO CUANDO EL OJO ESTÁ EN ABDUCCIÓN. EL COLOR
ROSADO DE LA PLICA SE DEBE A SU VASCULARIDAD, Y CONTRASTA CON LO
BLANCO DE LA ESCLERA. EN ESTRUCTURA ES SEMEJANTE AL RESTO DE LA
CONJUNTIVA BULBAR, PERO SU EPITELIO EN VEZ DE TENER SEIS CAPAS
TIENE 8 A 10, Y LA CAPA MÁS PROFUNDA, EN VEZ DE SER CÚBICA, ES CILÍN-
DRICA, Y CONTIENE UN LÓBULO DE GRASA Y ALGO DE MÚSCULO LISO
INERVADO POR EL SIMPÁTICO. TIENE MUCHAS CÉLULAS GOBLET. ESTAS CÉ-
LULAS GOBLET PUEDEN SER SUPERFICIALES O ESTAR AGRUPADAS Y LUEGO
SE ABREN EN LA SUPERFICIE MEDIANTE UN ESTRECHO CONDUCTO (GLÁNDU-
LA INTRAEPITELIAL DE TOURNEUX). LOS MELANÓFOROS, LLAMADOS CÉLULAS
DE LANGEHANS, SIEMPRE ESTÁN PRESENTES. PUEDEN NO SER PIGMENTA-
DOS EN PERSONAS DE PIEL CLARA, PERO SIEMPRE PUEDEN SER DEMOSTRA-
DAS POR TINCCIONES ESPECIALES.

EL TEJIDO CONECTIVO ESTROMAL DE LA PLICA ES LAXO Y CON-
TIENE NUMEROSOS VASOS Y OCASIONALMENTE UN NÓDULO FIBROCARTELA-
GINOSO. EN LA BASE DE LA PLICA HAY UN LÓBULO DE GRASA Y OCASIONAL-
MENTE ALGUNAS FIBRAS MUSCULARES LISAS. SE ENCUENTRAN ESTRUCTURAS
SIMILARES EN LA CARÚNCULA Y VIENEN DEL RECTO INTERNO Y MÁS ES-
PECIALMENTE DEL MÚSCULO INTERNO CAPSULO PALPEBRAL DE HESSER.

LA PLICA PUEDE REPRESENTAR EL TERCER PÁRPADO LA MEMBRANA NIC-TITANTE DE LOS ANIMALES INFERIORES.

UNA FORMA MÁS SIMPLE DE VER LA PLICA SEMILUNAR ES QUE ES UNA FORMACIÓN INEVITABLE. EL ÁREA CONJUNTIVAL AQUÍ TIENE QUE SER LO SUFICIENTEMENTE GENEROSA PARA PERMITIR UN MOVIMIENTO LATERAL COMPLETO DEL GLOBO OCULAR. POR LO TANTO DEBE HABER TEJIDO SOBRENTE AL ESTAR EL OJO EN ORTOPOSICIÓN (VIENDO HACIA DELANTE) O EN ADDUCCIÓN; DE AQUÍ LA EXISTENCIA DEL PLIEGUE. NO HAY TAL DISPOSICIÓN TEMPORALMENTE, PUES AQUÍ EL FÓRNIX ES MUY PROFUNDO. LA AUSENCIA DE UN FÓRNIX NASAL PROFUNDO ES UNA NECESIDAD FUNCIONAL PARA PERMITIR LOS PUNTOS LAGRIMALES PENETRAR SUPERFICIALMENTE EN LA PELÍCULA LAGRIMAL.

- HISTOLOGÍA -

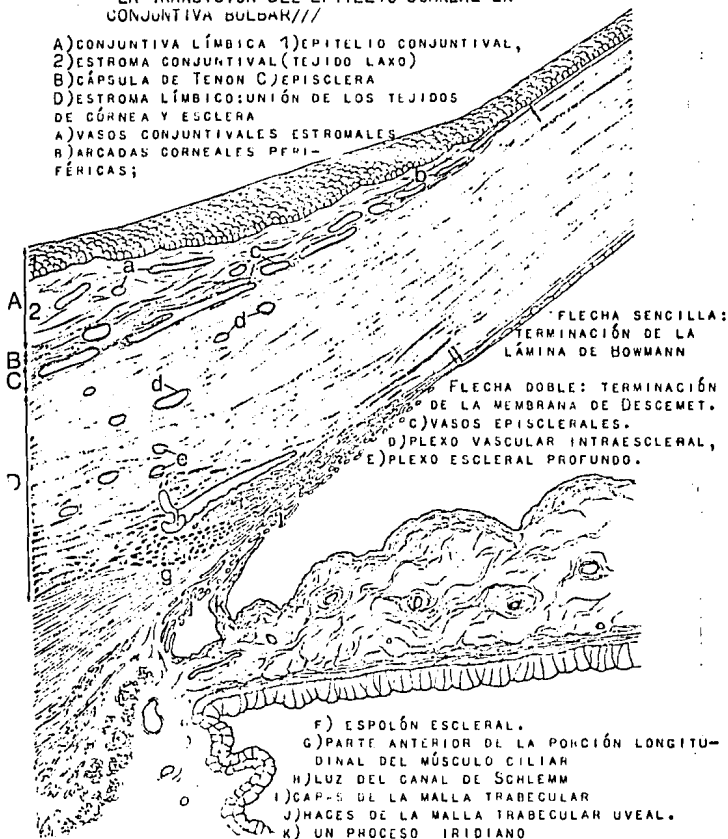
EPITELIO.-

EN EL BORDE CORNEAL EL NÚMERO DE CAPAS DE EPITELIO EN LA CONJUNTIVA LÍMBICA AUMENTA A 10 O 15 (EN CONTRASTE CON EL EPITELIO CORNEAL, DE 5-6 CAPAS), SIENDO EL AUMENTO PRINCIPALMENTE EN LAS CÉLULAS ALADAS. LAS CÉLULAS GOBLET NO ESTÁN PRESENTES EN EL EPITELIO LÍMBICO, PERO ALGUNAS SE ENCUENTRAN EN SU PERIFERIA. LA ORGANIZACIÓN Y ASPECTO GENERAL DEL EPITELIO ES SIMILAR AL DE LA Córnea. LAS CÉLULAS SUPERFICIALES CONTIENEN ALGO DE GLUCÓGENO, PERO SUS SUPERFICIES NO SON TAN LISAS COMO LAS DE LA Córnea. EL ESTROMA CONJUNTIVAL ESTÁ UN POCO DOBLADO Y LAS CÉLULAS BASALES SIGUEN LOS PLIEGUES. LAS CÉLULAS EN LA CAPA BASAL SON COMO LAS DE LA Córnea, PERO MENORES Y MÁS COMPACTAS. SIN EMBARGO SU MEMBRANA BASAL TIENE EL MISMO GROSOR Y ESTRUCTURA QUE LA DE LA Córnea. LOS GRÁNULOS DE MELANINA SE VÉN FRECUENTEMENTE EN EL CITOPLASMA DE LAS CÉLULAS BASALES Y ALADAS; EL PIGMENTO ES PRODUCIDO POR LOS MELANOCITOS DE LA CAPA BASAL Y SE TRANSFIERE A LAS CÉLULAS EPITELIALES. LA CANTIDAD DE PIGMENTO ES MENOR EN OJOS AZULES QUE EN LOS MUY PIGMENTADOS.

LA ULTRAESTRUCTURA DE LAS CÉLULAS EPITELIALES LÍMBICAS ES SÓLO UN POCO DIFERENTE DE LA DEL EPITELIO CORNEAL. LAS CÉLULAS CONJUNTIVALES TIENEN MAYORES MITOCONDRIAS Y SUS TONOFILAMENTOS CITOPLÁSMICOS FORMAN GRUESOS HACES, ALGUNOS DE LOS CUALES SE ENCUENTRAN ESTRECHAMENTE ASOCIADOS CON DESMOSOMAS.

/// ESQUEMA DE UN CORTE SAGITAL DEL OJO QUE MUESTRA LA TRANSICIÓN DEL EPITELIO CORNEAL EN CONJUNTIVA BULBAR ///

- A) CONJUNTIVA LÍMBICA 1) EPITELIO CONJUNTIVAL, 2) ESTROMA CONJUNTIVAL (TEJIDO LAXO)
- B) CÁPSULA DE TENON C) EPISCLERA
- D) ESTROMA LÍMBICO: UNIÓN DE LOS TEJIDOS DE CórNEA Y ESCLERA
- A) VASOS CONJUNTIVALES ESTROMALES
- B) ARCADAS CORNEALES PERIFÉRICAS;



-- ESQUEMA 4 --

LAS MEMBRANAS CELULARES, ESPACIOS INTERCELULARES, COMPLEJOS DE UNIÓN E INTERDIGITACIONES SON COMO LOS DE LA CórNEA. COMO EN ELLA, EL CITOPLASMA DE LAS CÉLULAS SUPERFICIALES Y ALABRES MUESTRA MUCHAS VESÍCULAS, CON LA MISMA RELACIÓN AL APARATO DE GOLGI; ÉSTAS VESÍCULAS SON MENOS PROMINENTES EN EL LIMBO POSTERIOR. LAS SUPERFICIES DE LAS CÉLULAS SUPERFICIALES MUESTRAN EL MISMO TIPO DE MICROPLICAS Y TAMAÑO DE LAS MICROVELLOSIDADES COMO SE VÉN EN EL EPITELIO CORNEAL.

LOS LINFOCITOS Y MELANOCITOS SE ENCUENTRAN EN LAS CAPAS BASAL Y SUPRABASAL DEL EPITELIO DE LA CONJUNTIVA LÍMBICA. LOS MELANOCITOS SE LOCALIZAN EN O CERCA DE LA MEMBRANA BASAL DEL EPITELIO PERO NO TIENEN ADHESIONES ESPECIALIZADAS A LAS CÉLULAS EPITELIALES ADYACENTES. SUS CUERPOS CELULARES TIENEN PROCESOS DENDRÍTICOS QUE SE EXTIENDEN HACIA LAS CAPAS DE LAS CÉLULAS ALADAS. EL CITOPLASMA DEL MELANOCITO ES MENOS DENSO QUE EL DE LAS CÉLULAS EPITELIALES BASALES DEBIDO A SU ESCASEZ DE FILAMENTOS. SE ENCUENTRAN GRÁNULOS MADUROS DE PIGMENTO EN EL CITOPLASMA CERCA DEL NÚCLEO, ASÍ COMO EN LOS PROCESOS DENDRÍTICOS. SE ENCUENTRA UN COMPLEJO DE GOLGI EN EL CITOPLASMA APICAL, Y MUCHAS MITOCONDRIAS CERCA DEL NÚCLEO Y EN LOS PROCESOS. HAY RETÍCULO ENDOPLÁSMICO LISO Y RUGOSO DISPERSO EN EL CITOPLASMA Y SE VÉN ALGUNAS VESÍCULAS PINOCITÓTICAS CERCA DE LA MEMBRANA CELULAR. EN LA PORCIÓN SUPRABASAL DEL EPITELIO SE ENCUENTRAN LAS CÉLULAS DE LANGERHANS. ÉSTAS CÉLULAS TAMBIÉN TIENEN PROCESOS DENDRÍTICOS PERO NO CONTIENEN PIGMENTO; SON NEGATIVAS A LA TINCIÓN DOPA Y MELANINA PERO PUEDEN DEMOSTRARSE CON LA TINCIÓN DE CLORURO DE ORO. LA RELACIÓN DE ÉSTAS CÉLULAS A LOS MELANOCITOS SE DESCONOCE. ALGUNOS INVESTIGADORES CREEN QUE SON MELANOCITOS DESGASTADOS MIENTRAS QUE OTROS LAS CONSIDERAN CÉLULAS ESPECIALIZADAS DE FUNCIÓN DESCONOCIDA PORQUE PUEDEN DEMOSTRARSE EN LA PIEL DEL EMBRIÓN. ALGUNOS ORGANELOS CITOPLÁSMICOS TIENEN UNA CARACTERÍSTICA DISTINTIVA EN LAS CÉLULAS DE LANGERHANS. MIDEN 2 MICRAS DE LARGO EN SUS ETAPAS INMADURAS Y TIENEN UNA FORMA DE RAQUETA DE TENIS. LA PORCIÓN DEL "MANGO" DE LA RAQUETA SE FORMA INICIALMENTE COMO UN BOTÓN DE UNA CISTERNA DEL APARATO DE GOLGI, TRANSFORMÁNDOSE LA CISTERNA EN LA PARTE DE LA RAQUETA. EN EL GRÁNULO MADURO EL MANGO APARECE COMO UN ORGANELO ESTRIADO TRANSVERSALMENTE CON LAS ESTRIACIONES ESPACIADAS

APROXIMADAMENTE 90 ANGSTROMS. SE ENCUENTRA UNA LAMELA LINEAL ESTRIADA A LA MITAD ENTRE LA MEMBRANA LIMITANTE DEL GRÁNULO.

ESTROMA CONJUNTIVAL.— EL EPITELIO Y EL ESTROMA CONJUNTIVAL FORMAN APÉNDICES RETICULARES Y PÁPILAS EN LA PERIFERIA DE LA CórNEA. LAS PÁPILAS ESTÁN ORIENTADAS COMO LOS RAYOS DE RUEDA DE CARRETA, RADIÁNDOSE HACIA AFUERA DESDE EL BORDE CORNEAL HACIA LA CONJUNTIVA PARA FORMAR LA EMPALIZADA DE VOGT. LOS PEQUEÑOS VASOS Y NERVIOS QUE VAN A LO LARGO DE LA PÁPILA SE LOCALIZAN SIGUIENDO SUS BORDES LATERALES, MIENTRAS QUE LOS LINFÁTICOS SON CENTRALES Y MÁS PROFUNDOS. LOS NERVIOS SON DESMIELINIZADOS Y SE RAMIFICAN CONSIDERABLEMENTE AL ENTRAR AL ESTROMA CONJUNTIVAL Y LA CAPA BASAL EPITELIAL, AL CUAL PROPORCIONAN INERVACIÓN SENSORIAL.

EL TEJIDO CONECTIVO DEL ESTROMA CONJUNTIVAL TIENE UN GRADO VARIABLE DE COMPACTACIÓN Y SE DISPONE EN DOS CAPAS: UNA PORCIÓN MÁS DENSA CERCA DEL FINAL DE LA LÁMINA DE BOWMAN Y EN LA VECINDAD DEL EPITELIO; Y UNA PORCIÓN INTERMEDIA QUE ESTÁ MUY LAXAMENTE DISPUESTA DEBAJO DE LA PRIMERA CAPA. EL ESTROMA CONJUNTIVAL SE COMPONE CASI ENTERAMENTE DE HACES DE TEJIDO COLÁGENO BURDO DISPUESTOS LAXAMENTE CON NUMEROSOS FIBROBLASTOS. LOS HACES DE COLÁGENA ESTÁN GENERALMENTE ORIENTADOS PARALELOS A LA SUPERFICIE DEL OJO, PERO SE ENTREMEZCLAN AL AZAR A VARIOS NIVELES. EN EL TEJIDO CONECTIVO LAXO DE LA CONJUNTIVA SE HALLAN FIBROBLASTOS, MELANOCITOS, MACRÓFAGOS, CÉLULAS CEBADAS, LINFOCITOS, CÉLULAS PLASMÁTICAS Y A VECES LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES Y EOSINÓFILOS.

FIBROBLASTOS.— EL FIBROBLASTO ES LA PRINCIPAL CÉLULA DE ÉSTA ÁREA. LA COMPOSICIÓN DE LOS ORGANELOS DE ÉSTOS FIBROBLASTOS ES LA MISMA QUE LA DE LOS FIBROBLASTOS CORNEALES. LOS FIBROBLASTOS CONJUNTIVALES NO ESTÁN TAN COMPRIMIDOS ENTRE LAS LAMELAS COLÁGENAS Y TIENDEN A SER REDONDAS Y MÁS CORTAS QUE LOS FIBROBLASTOS CORNEALES.

MACRÓFAGOS.— LOS MACRÓFAGOS SON FRECUENTES EN EL ESTROMA CONJUNTIVAL. SON GRANDES CÉLULAS CON CONTORNO IRREGULAR QUE FRECUENTEMENTE MUESTRAN PROTRUSIONES VELLOAS DE

CITOPLASMA DESDE LA SUPERFICIE. EL ABUNDANTE CITOPLASMA CONTIENE MUCHAS VESÍCULAS QUE VARIAN CONSIDERABLEMENTE EN FORMA Y TAMAÑO. ALGUNAS DE ÉSTAS VESÍCULAS SON LISOSOMAS QUE PUEDEN CONTENER GRÁNULOS DE PIGMENTO, LÍPIDOS Y OTRAS SUSTANCIAS EN DIGESTIÓN POR LAS ENZIMAS LISOSOMALES.

CÉLULAS CEBADAS. - LAS CÉLULAS CEBADAS SON FRECUENTES EN LA CONJUNTIVA. SE LES HA ESTUDIADO INTENSAMENTE DEBIDO A SU POSIBLE RELACIÓN A LAS REACCIONES ALÉRGICAS. ESTAS CÉLULAS SON REDONDAS U OVALES Y A VECES, ALARGADAS. USUALMENTE MUESTRAN PROYECCIONES CITOPLÁSMICAS DE SUS SUPERFICIES. EL CITOPLASMA CONTIENE MUCHOS ORGANELOS, INCLUYENDO MITOCONDRIAS, APARATO DE GOLGI, RETÍCULO ENDOPLÁSMICO RUGOSO, RIBOSOMAS LIBRES Y MUCHOS FILAMENTOS. LA CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DEL CITOPLASMA ES EL GRÁNULO DE CÉLULA CEBADA, QUE SE ENCUENTRA EN GRAN NÚMERO Y ES EL PROBABLE SITIO DE ALMACENAMIENTO DE LA HISTAMINA, SEROTONINA Y HEPARINA. LOS GRÁNULOS MIDEN APROXIMADAMENTE 0.5 A 0.6 MICRAS DE DIÁMETRO Y ESTÁN RODEADAS POR UNA MEMBRANA LIMITANTE SENCILLA. LA ESTRUCTURA DE LOS GRÁNULOS PUEDE RESOLVERSE EN TRES COMPONENTES PRINCIPALES: (1) DE PARTÍCULAS FINAS, (2) REDONDOS, Y (3) CILÍNDRICOS. UN CUARTO COMPONENTE PUEDE CONSISTIR EN FINAS PARTÍCULAS DISPUESTAS CON UN PATRÓN LAMINAR. SU VARIACIÓN ESTRUCTURAL PUEDE SER FUNCIÓN DE LA FORMA COMO SE CORTEN, ASÍ QUE ES PROBABLE QUE LOS GRÁNULOS REDONDOS SEAN CORTES TRANSVERSALES DE LOS CILÍNDRICOS. ÉSTOS, TIENEN UN DIÁMETRO DE ALREDEDOR DE 0.1 MICRAS, Y FRECUENTEMENTE EXHIBEN ANILLOS CONCÉNTRICOS QUE ESTÁN DISPUESTOS COMO LAMELLAS O ROLLOS.

LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES, EOSINÓFILOS Y LINFOCITOS. - TODOS ÉSTOS, ESPECIALMENTE LOS LINFOCITOS, SE VEN EXTRAVASCULARMENTE EN LOS TEJIDOS LÍMBICOS. EL LEUCOCITO POLIMORFONUCLEAR TIENE UN CITOPLASMA ABUNDANTE CON SU NÚCLEO LOBULADO TÍPICO ASÍ COMO LOS GRÁNULOS CITOPLÁSMICOS QUE SON SU CARACTERÍSTICA DISTINTIVA. LOS GRÁNULOS VARIAN EN DENSIDAD, ESTÁN RODEADOS POR UNA MEMBRANA SIMPLE Y TIENEN UNA FORMA OVOIDE MAYOR O BACILAR MENOR. ESTAS ESTRUCTURAS ENVUELTAS EN MEMBRANA CONTIENEN PAQUETES DE ENZIMAS HIDROLÍTICAS QUE PUEDEN DIGERIR PROTEÍNAS, LÍPIDOS, ÁCIDOS

NUCLEICOS Y OTRAS SUSTANCIAS. LOS GRÁNULOS TAMBIÉN SE HA VISTO QUE CONTIENEN EL AGENTE ANTIMICROBIANO FAGOCITINA.

LA MORFOLOGÍA DE LOS EOSINÓFILOS ES MUY ESPECIAL. EL CITOPLASMA DE ÉSTAS CÉLULAS CONTIENE GRÁNULOS QUE DIFIEREN DE LOS DEL LEUCOCITO POLIMORFONUCLEAR. SON GRANDES Y ESTÁN ENVUELTOS POR UNA MEMBRANA SIMPLE. SU FORMA ES YA SEA REDONDA U OVAL, Y SU MATRIZ TIENE DOS ZONAS, UNA CLARA, GRANULAR EXTERNA, Y UNA INTERNA NUCLEAR MUY BIEN DELIMITADA MÁS ELECTRODENSE, CRISTALOIDE. ÉSTOS GRÁNULOS TAMBIÉN CONTIENEN NUMEROSAS ENZIMAS HIDROLÍTICAS PERO TIENEN UNA MUY ALTA CONCENTRACIÓN DE LA ENZIMA PEROXIDASA EN LA PARTE CRISTALOIDE DEL GRÁNULO.

CÉLULAS PLASMÁTICAS.— ÉSTAS SE RECONOCEN FÁCILMENTE GRACIAS A SU ABUNDANTE CITOPLASMA, NÚCLEO EXCÉNTRICO CON SU CROMATINA DISPUESTA EN CARÁTULA DE RELOJ, Y SU HALO CITOPLÁSMICO PERINUCLEAR. CON LA AYUDA DEL MICROSCOPIO ELECTRÓNICO SE VÉ QUE LA CROMATINA NUCLEAR PERIFÉRICA ES MÁS DENSA Y AGLUTINADA MIENTRAS QUE LA CROMATINA CENTRAL ES MENOS DENSA. EL ASPECTO MENOS DENSO DEL HALO PERINUCLEAR RESULTA DE LA PRESENCIA DEL APARATO DE GOLGI, CENTRÍOLOS Y MITOCONDRIAS EN ÉSTA ÁREA. LA CARACTERÍSTICA DISTINTIVA DE LA CÉLULA PLASMÁTICA ES EL GRAN DESARROLLO DEL RETÍCULO ENDOPLÁSMICO RUGOSO EN SU CITOPLASMA. LAS CISTERNAS DE ÉSTE RETÍCULO ENDOPLÁSMICO ESTÁN LLENAS DE UN MATERIAL GRANULAR. LA PROTEÍNA DE ANTICUERPOS SE MANUFACTURA POR LOS RIBOSOMAS Y SE ALMACENA EN LA LUZ DE ÉSTE RETÍCULO ENDOPLÁSMICO TAN INTRINCADO.

----- 0 -----

- INVESTIGACIÓN CLÍNICO - BIBLIOGRÁFICA -

RESUMEN:

SE ESTUDIARON 71 PACIENTES CON NEOPLASIAS DE CONJUNTIVA DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ONCOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, ENTRE LOS AÑOS DE 1961 Y 1984. FUERON EN TOTAL 51 NEOPLASIAS BENIGNAS Y 23 MALIGNAS, DE UN NÚMERO TOTAL DE NEOPLASIAS DE 74 (73 OJOS). LA NEOPLASIA MÁS FRECUENTE FUÉ EL PAPILOMA ESCAMOSO BENIGNO, 18 CASOS, Y LA NEOPLASIA MALIGNA MÁS FRECUENTE FUÉ EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE, CON 12 CASOS. EL MODO DE TRATAMIENTO MÁS USADO FUÉ LA EXCISIÓN-BIOPSIA, PERMANECIENDO TODOS LOS PACIENTES CON TUMORES RESECABLES SIN ACTIVIDAD TUMORAL HASTA LA FECHA, EXCEPTO UN CASO, LO CUAL SE DEBIÓ A RAZONES FUERA DEL ALCANCE DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE ATENCIÓN. DE ÉSTE ESTUDIO PRELIMINAR SE DESPRENDE COMO PRINCIPAL CONCLUSIÓN LA NECESIDAD DE PROPORCIONAR MAYOR IMPULSO A LA PREVENCIÓN, A FIN DE DETECTAR OPORTUNAMENTE ÉSTE TIPO DE NEOPLASIAS PARA QUE RESULTE EN UNA MENOR MORBI-MORTALIDAD DE LA POBLACIÓN EN GENERAL DE NUESTRO PAÍS.

----- O -----

DEBIDO A LA PECULIAR SITUACIÓN ANATÓMICA DEL ÓRGANO DE LA VISIÓN, LOS OJOS, Y DE LA SITUACIÓN EXPUESTA DE LA CONJUNTIVA BULBAR Y EN MENOR GRADO LA TARSAL, LAS ALTERACIONES NEOPLÁSICAS CONJUNTIVALES SON POR LO GENERAL DETECTADAS TEMPRANAMENTE POR EL SUJETO QUE LAS PRESENTA, LO CUAL LO CONMINA A BUSCAR ATENCIÓN ADECUADA DE SU PROBLEMA, Y POR LO GENERAL TERMINA EN UN FINAL SATISFACTORIO EL PROBLEMA ESCINDIÉNDOSE LA LESIÓN EN SUS FASES MÁS TEMPRANAS Y POR LO GENERAL SIN CONSECUENCIAS DESFAVORABLES PARA LA SALUD Y LA VIDA DEL PACIENTE EN CUESTIÓN. SIN EMBARGO, EN NUESTRO PAÍS, POR UNA SERIE DE FACTORES PECULIARES PROPIOS DE NUESTRA CULTURA Y TRADICIONES, AÚN LOS TUMORES CONJUNTIVALES SON CAUSA DE UNA MORBI-MORTALIDAD IMPORTANTE, POR LO CUAL ESTÁ INDICADA LA ELABORACIÓN DE UN ESTUDIO CLÍNICO, POR LO MENOS

INICIALMENTE, PARA TRATAR DE MEJORAR EL NIVEL DE SALUD Y LA EXPECTATIVA DE VIDA DE LA POBLACIÓN EN GENERAL, Y EN PARTICULAR A LOS INDIVIDUOS AFECTADOS POR ÉSTE TIPO DE NEOFORMACIONES.

NO EXISTE EN LA LITERATURA NACIONAL O MUNDIAL UN ESTUDIO CLÍNICO-BIBLIOGRÁFICO ADECUADO DE TUMORES DE CONJUNTIVA EN UN PAÍS COMO EL NUESTRO, DE SIMILARES CARACTERÍSTICAS SOCIO-CULTURALES, A FIN DE EFECTUAR CONCLUSIONES PRELIMINARES QUE LLEVEN A POSTERIORES ESTUDIOS Y RESULTADOS POSITIVOS PARA DISMINUIR AL MÍNIMO LA MORBI-MORTALIDAD RELACIONADA CON ÉSTOS TUMORES.

EXISTEN EN LA LITERATURA MUNDIAL DIVERSOS ESTUDIOS SOBRE TUMORES CONJUNTIVALES (13, 20, 26, 34, 53, 58, 62, 80, 114, 175, 188, 220, 226), SIN EMBARGO NO APLICABLES A NUESTRO MEDIO.

EN NUESTRO PAÍS TAMPOCO EXISTE UN ESTUDIO EXTENSO SOBRE TUMORES CONJUNTIVALES EN GENERAL. EXISTEN MAGNÍFICOS TRABAJOS SOBRE TEMAS AISLADOS (72).

EN OTROS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO EXISTEN ESTUDIOS SOBRE TUMORES DE CONJUNTIVA, PERO TAMPOCO EN GENERAL, SINO TEMAS AISLADOS, COMO EN ETIOPÍA (112), MALAWI (148) Y NIGERIA (211), ENTRE OTROS.

CON EL PRESENTE ESTUDIO SE PRETENDE EFECTUAR UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA EXTENSA Y MANEJAR UN NÚMERO DE CASOS LO MÁS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVO QUE SEA POSIBLE, PARA LLEGAR A LAS CONCLUSIONES DESEADAS.

- SUJETOS Y METODOS -

SE ESTUDIARON TODOS LOS PACIENTES DE TUMORES DE CONJUNTIVA DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ONCOLOGÍA, CENTRO MÉDICO NACIONAL, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DE LA CIUDAD DE MÉXICO D.F., MÉXICO, ENTRE JULIO DE 1981 Y NOVIEMBRE 1984.

DICHO SERVICIO DE ONCO-OFTALMOLOGÍA ES EL ÚNICO QUE POSEE EL INSTITUTO QUE REALMENTE SE OCUPA EXCLUSIVAMENTE DE PACIENTES ONCOOFTALMOLÓGICOS PROPIAMENTE, POR LO QUE SE CON-

CENTRA EN DICHO SERVICIO A TODOS LOS PACIENTES ONCO-
OFTALMOLÓGICOS QUE REQUIEREN DE ATENCIÓN DE TERCER NI-
VEL PARA SU MANEJO.

A TODOS LOS PACIENTES SE LES EFECTUÓ HISTORIA CLÍNICA
COMPLETA, ESTUDIO INICIAL OFTALMOLÓGICO COMPLETO, CON
ESTUDIOS DE LABORATORIO COMO BIOMETRÍA HEMÁTICA COMPLETA,
QUÍMICA SANGUÍNEA, EXAMEN GENERAL DE ORINA Y TELERRADIO-
GRAFÍA DE CRÁNEO. EN LOS PACIENTES QUE LO AMERITARON, SE LES
EFECTUÓ CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CONJUNTIVAL. LA MAYORÍA DE
LOS PACIENTES FUERON INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE, CON ANES-
TESIA LOCAL; LOS INTERVENIDOS CON ANESTESIA GENERAL, COMO
REGLA, SI MAYORES DE 40 AÑOS SE LES EFECTUÓ ADEMÁS UNA VALO-
RACIÓN CARDIOVASCULAR, POR UN MÉDICO ESPECIALISTA EN DICHA
RAMA DE LA MEDICINA. SE EFECTUÓ EXAMEN TRANSOPERATORIO EN
LOS CASOS QUE ASÍ LO AMERITARON, COMO CONTROL PREOPERATORIO,
EN LOS CASOS QUE SE JUZGÓ CONVENIENTE, Y EN LOS NO TRATADOS
QUIRÚRGICAMENTE, SE TOMARON FOTOGRAFÍAS CLÍNICAS CON BIO-
MICROSCOPIO.

LA EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA INICIAL CONSISTIÓ EN
AGUDEZA VISUAL (AV), CAPACIDAD VISUAL (CV) CON ESTENOPEICO (.)
Y CORRECCIÓN ÓPTICA (LENSES); EXAMEN DE ANEXOS (CEJAS, PESTA-
ÑAS, PÁRPADOS), REFLEJOS PUPILARES, MOVILIDAD OCULAR, SENSIBI-
LIDAD CORNEAL, BIOMICROSCOPÍA, TONOMETRÍA Y FONDO DE OJO.
COMO EXPLORACIÓN ADICIONAL, SÓLO OCASIONALMENTE, SE EFECTUARON
ADEMÁS EXOFTALMOLOGÍA, GONIOSCOPÍA Y CAMPOS VISUALES PERI-
FÉRICOS Y CENTRALES.

SE OBTUVO EXAMEN ANATOMOPATOLÓGICO DE TODAS LAS
PIEZAS OPERATORIAS, EXCEPTO DOS PACIENTES, POR CAUSAS DE
FUERZA MAYOR.

NO HUBO COMPLICACIONES TRANS O POSTOPERATORIAS.

SE SIGUIERON LOS PACIENTES HASTA LA FECHA ACTUAL.

RESPECTO A LA INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA, SE REVISARON
TODOS LOS TRABAJOS PUBLICADOS EN EL INDEX MEDICUS DESDE
1963 HASTA 1983, DE TUMORES CONJUNTIVALES, OBTENIENDO FOTO-
COPIA DE LOS MISMOS EN LA BIBLIOTECA CENTRAL DEL C.I.M.N.
Y EN LA BIBLIOTECA DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD DEL SUR DE CALIFORNIA EN LA JOLLA, CALIFORNIA,
E.E.U.J., OBTENIENDO EL 73% DE LOS ARTÍCULOS HALLADOS EN EL

INDEX MEDICUS. SE OBTUVIERON RESÚMENES DEL SERVICIO AUTOMATIZADO DE CONSULTA HERMOGRÁFICA DE LA JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN, Y DEL SERVICIO AUTOMATIZADO DE CONSULTA HERMOGRÁFICA DEL HOSPITAL RANCHO LOS AMIGOS DE LA CIUDAD DE LOS ANGELES, CALIFORNIA, E.E.U.U.

REPORTE DE CASOS.-

(00=OJO DE DERECHO; 01=OJO IZQUIERDO)

CASO # 1.-

NOMBRE: M.H.R.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 28 AÑOS

FECHA DE ESTUDIO: 11-11-81

DIAGNÓSTICO:(Dx): CARCINOMA(CA) EPIDERMÓIDE CONJUNTIVAL OD .

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:(AHF): SIN IMPORTANCIA PARA EL PADECIMIENTO ACTUAL.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS(APNP): MENARCA 14 AÑOS, USA ANTICONCEPTIVOS (PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, PPF) LOCALES, MALA ALIMENTACIÓN.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS(APP): CIRUGÍA EN EL OD POR CA EPIDERMÓIDE CONJUNTIVAL EN 1980, RESULTO NEGADO.

PRESENTACIÓN ACTUAL(PA): LO INICIA HACE 6 MESES, DESPUÉS DE LA PRIMERA CIRUGÍA, FUERA DEL CMN (CENTRO MÉDICO NACIONAL).

PRESENTA TUMOR CONJUNTIVAL CON ACTIVIDAD TUMORAL (AT), QUE SE MANIFIESTA COMO TUMOR EN EL MISMO LUGAR, PROGRESIVO, CAUSA HIPEREMIA Y LAGRIMEO.

TRATAMIENTOS PREVIOS: HA SIDO INTERVENIDA EN 1980 (Y NOV. 81) CON AT Y BORDES POSITIVOS.

EXPLORACIÓN GENERAL (EF=EXPLORACIÓN FÍSICA): OBESIDAD GRADO II, RESTO NORMAL.

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA: AV: 20/20 AO (AMBOS OJOS)

BIOMICROSCOPIA: OD: HIPEREMIA CONJUNTIVAL LOCALIZADA DEL M (MERIDIANO) DE LAS II (HOJAS DE UN RELOJ) AL DE LAS VII. PEQUEÑOS LÓBULOS VASCULARIZADOS. FO (FONDO DE OJO) NORMAL.

LABORATORIO: NORMAL

RADIOLÓGICA (Rx): NORMAL.

Dx CLÍNICO: CA EPIDERMÓIDE CONJUNTIVAL.

TRATAMIENTO: BIOPSIA EXCISIONAL CON INJERTO DE MUCOSA ORAL

NOV. 81

REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO: CA EPIDERMÓIDE BIEN DIFERENCIADO.

EVOLUCION: 29-09-82: SIN AT.

28-11-84: SIN AT.

----- 0 -----

CASO # 2

NOMBRE: C.G.D.

SEXO: MASCULINO.

EDAD: 59 años

ORIGINARIO: VICTORIA, GTO.

RESIDENCIA: MÉXICO DF, DESDE 1939

FECHA DE ESTUDIO: 26-09-83

Dx: PAPILOMA CONJUNTIVAL OI

AHE: SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA.

APNP: TABAQUISMO OCASIONAL, UN CIGARRILLO AL MES. ALCOHOLISMO OCASIONAL. ANALFABETA.

APP: DIABETES MELLITUS HACE 12 AÑOS A LA FECHA, CONTROLADO CON HIPOGLUCEMIANTES ORALES.

PA: EN MAYO 1983 POSTERIOR A CUERPO EXTRAÑO PRESENTA FORMACIÓN DE PEQUEÑO TUMOR DE CRECIMIENTO LENTO QUE PRODUCE SIGNOS INFLAMATORIOS, LAGRIMEO; NO TRATADO. ACTUALMENTE HIPEREMIA, DOLOR, LAGRIMEO.

TRATAMIENTOS PREVIOS: COLIRIOS NO ESPECIFICADOS.

EE: BUEN ESTADO GENERAL.

EXPLORACION OFTALMOLÓGICA: CAPACIDAD VISUAL (CV=CON ANTEJOS) OD: 20/30 OI: 20/30.

ANEXOS: NORMALES.

BIOMICROSCOPÍA: OI: PAPILOMA DE 6 X 4 MM, ASPECTO DE FRESA, INTERESA LIMBO 1-2 MM, POCO FIJO A PLANOS PROFUNDOS, DORDES IRREGULARES, VASCULARIZADO, SU SUPERFICIE SOBRE CórNEA, ASPECTO DE CórNEA GRISÁCEA. FO: SIGNOS DE ANGIOESCLEROSIS.

LABORATORIO: QUÍMICA SANGUÍNEA (QS): GLUCEMIA: 160

UREA 21. EXAMEN GENERAL DE ORINA (EGO) GLUCOSA 6.8, HUELLAS DE ACETONA. FÓRMULA ROJA (HEMOGLOBINA Hb Y HEMATOCRITO Ht) NORMAL (FR).



- CASO # 2 -

RADIOLOGIA: TÓRAX(Tx): AORTOESCLEROSIS, CARDIOMEGALIA
GRADO I POR VENTR. IZQ. PROCESOS BRONQUÍTICOS CRÓNICOS,
NO DERRAMES.
DX CLINICO: PAPILOMA V.S. CA EPIDERMÓIDE.
TRATAMIENTO: EXCISIÓN BIOPSIA.
REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO: 11-11-83, PAPILOMA CON ESPON-
GIOSOS, FOCOS DE INFLAMACIÓN CRÓNICA.
EVOLUCIÓN: 01-01-84: PTERIGIÓN EXTERNO INVASOR 01 3 MM.
NO AT.

CASO # 3

NOMBRE: R.M.K.M. SEXO: FEMENINO
ORIGINARIA: ZACATECAS.
RESIDENCIA: MÉXICO DF, DESDE EL AÑO DE EDAD.
EDAD: 20 AÑOS
OCUPACIÓN: HOGAR.
PIEL MORENA CLARA.
FECHA DE ESTUDIO: 17-08-83
DX: NEVO DE UNIÓN CONJUNTIVAL OD.
ESCOLARIDAD: PRIMARIA COMPLETA.
AHF: ABUELO MUERTO POR INFARTO DEL MIOCARDIO; PADRE Y MA-
DRE DIABÉTICOS. HIJO CON SEQUELAS DE POLIOMIELI-
TIS. HERMANA EPILÉPTICA.
APNP: MENARCA A LOS 11 AÑOS, GESTA IV, PARA III, 1 ABORTO.
APP: NEGADOS.
PA: INICIA HACE 5 AÑOS CON PIGMENTACIÓN TEMPORAL (NEVO DE
OTA). EN CONJUNTIVA BULBAR OD LESIÓN PIGMENTADA
DESDE LOS 5 AÑOS DE EDAD, DE 6 X 5 MM, LLEGA AL LIMBO
Y 1 MM DE CórNEA. NO FIJO A PLANOS PROFUNDOS, RESTO
NORMAL.
TRATAMIENTOS PREVIOS: NO.
EF: NORMAL.
EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA: AV: 20/20 AO.
ANEXOS: NEVO DE OTA TEMPORAL.
BIOMICROSCOPÍA: NEVO DE 6 X 5 MM QUE INVADE CórNEA 1 MM
NO FIJO A PLANOS PROFUNDOS. FJ: NORMAL.

LABORATORIO: NORMAL.

RX: TÓRAX NORMAL.

DX CLÍNICO: NEVO CONJUNTIVAL OD.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN LOCAL CON QUERATECTOMÍA PERIFÉRI-
CA.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: NEVO DE UNIÓN TOTALMENTE ESCIN-
DIDO.

EVOLUCION: 15-12-83: PTERIGIÓN EXTERNO.SIN AT.

CASO # 4

NOMBRE: L.F.E.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 55 AÑOS.

ORIGINARIA: EDO. DE PUEBLA.

ESCOLARIDAD: V DE PRIMARIA.

FECHA DE ESTUDIO: 10-11-83

OCUPACIÓN: HOGAR. EDO. CIVIL: CASADA.

DX: NEVO CONJUNTIVAL OD.

AHF: PADRE MUERTO POR NEUMONÍA, MADRE MUERTA POR HEPATOPA-
TÍA INESPECIFICADA.

APNP: BUENA HIGIENE Y ALIMENTACIÓN. MENOPAUSIA A LOS 52
AÑOS.

APP: APENDICECTOMÍA A LOS 13 AÑOS, COLECISTECTOMÍA A LOS
44 AÑOS, DOS CESÁREAS.

FA: INICIA HACE 8 AÑOS, CON PEQUEÑO TUMOR EN CONJUNTIVA BUL-
BAR OD. CRECIMIENTO LENTO. HACE DOS MESES AUMENTO DE
VOLUMEN, LAGRIMEO, DOLOR, SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO (CE).

TRATAMIENTOS PREVIOS: COLIRIOS INESPECIFICADOS.

EF: NORMAL.

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA: AV: 20/50 AO.

ANEXOS NORMALES.

OD: HIPEREMIA +. TUMOR LÍMBICO DE VII A X, 7 X 5 MM.

LABORATORIO: GLICEMIA 112, TIEMPO DE PROTROMBINA (TP) 71%.

DX CLÍNICO: PAPILOMA CONJUNTIVA BULBAR VS CA EPIDERMIOI-
DE.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN BIOPSIA.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: 10-12-83: NEVO DE CONJUNTIVA
COMPLETAMENTE EXTIRPADO. NIDOS DE CÉLULAS NÉVICAS EN ES-
TROMA, SIN ACTIVIDAD DE UNIÓN.

EVOLUCION: 19-01-84: LEVE HIPEMIA, SIN AT.

18-10-84: SIN AT.

CASO # 5

NOMBRE: T.M.N.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 70 AÑOS.

ORIGINARIO: MICHOACÁN.

RESIDENCIA: DF, DESDE HACE 18 AÑOS.

Ocupación: HIELENO.

Dx: PAPILOMA CONJUNTIVAL OD.

AHF: ABUELOS IGNORA. PADRE FALLECIDO POR PROBABLE CIRROSIS
HEPÁTICA ALCOHOL-NUSTRICIONAL(CHAN). ESPOSA E HIJOS
SANOS.

ANPN: HABITACIÓN CON TODOS LOS SERVICIOS, VIVEN AHÍ 4 PER-
SONAS, HIGIENE DEFICIENTE, TABAQUISMO INTENSO HASTA HA-
CE 15 AÑOS, ALCOHOLISMO OCASIONAL.

APP: PARASITOSIS OCASIONAL. FARINGITIS OCASIONAL. CIRUGÍA
OCULAR. RESTO NEGADO.

EA: INICIA HACE 10 AÑOS CON PEQUEÑO TUMOR EN CONJUNTIVA
BULBAR HACIA FÓRNIX INFERIOR DE CRECIMIENTO LENTO.
SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO, LAGRIMEO, SIGNOS INFLAMA-
TORIOS.

TRATAMIENTOS PREVIOS: BIOPSIA EN SERVICIO DE CABEZA Y CUE-
LLO(CYC) HOSP. ONCOLOGÍA G.M.N.

EF: ADONCIA Y MAL ASEO. VÁRICES EN EXTREMIDADES INFERIO-
RES.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: AV: OD: 20/400, OI: OD A 40 CM
(OD=CUENTA DEDOS). PUPILA OI ARREFLECTICA. OD: HIPEMIA +,
TUMOR PEDICULADO EN CONJUNTIVA BULBAR INFERIOR, ASPECTO DE
FRESA, VASCULARIZADO. GERONTOXON(ARCO SENIL). PTERIGIÓN
INCIPIENTE, CATARATA OD. OI: AFAQUIA QUIRÚRGICA, OPACIFI-
CACIÓN DE HIALOIDES ANTERIOR, VÍTREO TURBIO. FO: NO VALORA-
BLE(NV).

LABORATORIO: 5-10-83; HB= 16.7

HT= 49.5

TP= 67%

EGO Y QS NORMALES.

RX: TX: CARDIOPATÍA ATEROSCLEROSA, BRONQUITIS CRÓNICA.

DX CLINICO: PAPILOMA CONJUNTIVAL OD; CATARATA OD, AFAQUIA QUIRÚRGICA OI.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN BIOPSIA EL 08-11-83, ANESTESIA LOCAL.

NUEVA EXCISIÓN BIOPSIA EL 24-04-84.

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS: PROBABLE PAPILOMA.

REPORTE HISTOPATOLÓGICO: 11-11-83: PAPILOMA ESCANOSO INVERTIDO Y EXOFÍTICO, ATÍPIA EPITELIAL MODERADA.

EVOLUCIÓN: 07-04-84: RECIDIVA DEL PAPILOMA.

24-04-84: NUEVA EXCISIÓN BIOPSIA.

30-04-84: ASINTOMÁTICO, BUENA CICATRIZACIÓN.

CASO # 6

NOMBRE: M. Z. A.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 33 AÑOS.

ORIGINARIO: MICHOACÁN.

RESIDENCIA: ESTADO DE MÉXICO, 20 AÑOS.

OCCUPACIÓN: OBRERO.

DX: HEMANGIOMA CONJUNTIVAL OD.

FECHA DE ESTUDIO: AGOSTO-83

AMF: MADRE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA).

APMP: TABAQUISMO POSITIVO, ALCOHOLISMO NEGATIVO.

APP: ALERGIAS A SALCHICHAS. ALÉRGICO A LA PENICILINA.

MA: 15 AÑOS DE EVOLUCIÓN CON TUMOR VASCULAR EN CONJUNTIVA BULBAR DE 2 X 5 MM, CRECIMIENTO LENTO. SE ACOMPAÑA DE SIGNOS INFLAMATORIOS LOCALES.

SIN TRATAMIENTOS PREVIOS.

EF: NORMAL.

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA: AV: 20/20 AO. ANEXOS, REFLEJOS PUPILARES, MOVILIDAD NORMALES. BIOMICROSCOPIA: SE OBSERVA TUMOR VASCULAR, VASOS DILATADOS, TORTUOSOS, NO AFECTA PLANOS PROFUNDOS, 2 X 5 MM.



- CASO # 6 -

LABORATORIO: NORMAL.

RX: Tx NORMAL.

DX CLINICO: HEMANGIOMA CONJUNTIVAL OD .

TRATAMIENTO: EXCISION-BIOPSIA AGOSTO 83.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: HEMANGIOMA CAPILAR SUBMUCOSO.

EVOLUCION: 17-09-84: PTERIGIÓN INCIPIENTE, RESTO SIN AT.:

CASO # 7

NOMBRE: F.O.R.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 41 AÑOS

ORIGINARIO: DF

ESCOLARIDAD: VI DE PRIMARIA.

RESIDE: DF

FECHA DE ESTUDIO: 17-08-83

Ocupación: MECÁNICO

RAZA: MESTIZO.

Dx: PAPILOMA CONJUNTIVAL OD.

AHF: PADRE FALLECIDO POR CAUSAS VICIENTAS, MADRE DIABÉTICA, 3 HERMANOS SANOS, ESPOSA SANA, UN HIJO, SANO. TÍA Y ABUELA MATERNAS DIABÉTICAS.

APNP: HABITACIÓN EN BUEN ESTADO, ALIMENTACIÓN ADECUADA, BUENA HIGIENE. TABQUISMO DE 2-4 CIGARRILLOS DIARIOS. ALCOHOLISMO OCASIONAL SEMANAL DESDE LOS 20 AÑOS DE EDAD, DESTILADOS, DESDE HACE 2 AÑOS.

APP: FRACTURA (Fx) PIERNA DERECHA (SIC) HACE 12 AÑOS, OPERADO EN EL HOSP. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA CMN. SAFENECTOMÍA DERECHA, PARTICULAR, DIABETES MELLITUS DE 3 AÑOS DE EVOLUCIÓN.

PA: DESDE HACE 15 AÑOS, TUMOR CONJUNTIVAL OD, CRECIMIENTO LENTO, ASINTOMÁTICO.

SIN TRATAMIENTOS PREVIOS.

EF: CICATRIZ QUELOIDE CARA ANTERIOR DEL TÓRAX.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: AV: 20/20 AO. NEOFORMACIÓN VASCULARIZADA CONJUNTIVA BULBAR CUADRANTE SUPEROINTERNO OD, PEDICULADA, VASOS GRUESOS, RESTO NORMAL.

LABORATORIO: 28-06-83: Hb= 15.6, HT= / LEUCOCITOS: 10 000/MM³

PLAQUETAS: 348 000. TP=91%, GLUCEMIA 160, UREA 23.

EGO: 3 LEUCOCITOS/CAMPO. 26-07-83: GLUC. 92, UREA: 29,

EGO: ACETONA ++, 2 LEUCOCITOS/CAMPO.



- CASO # 7 -

RADIOLOGIA: TÓRAX 30-06-83: DOS NÓDULOS ASPECTO DE GRANULOMA CALCIFICADOS; SUGIEREN EFECTUAH TOMOGRAFÍA, RESTO NORMAL.

CITOLOGIA: PAPILOMA CON DISPLASIA MODERADA 04-07-83.

DX CLÍNICO: PAPILOMA CONJUNTIVAL OD.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN BIOPSIA-09-08-83 SIN ACCIDENTES.

REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO: 12-08-83: DEBIDO A PROBLEMAS TÉCNICOS EL TEJIDO SE QUEMÓ DURANTE SU PROCESAMIENTO.

EVOLUCION: 27-02-84: MÍNIMA HIPEREMIA, SIN AT.

26-11-84: SIN AT.

CASO # 8

NOMBRE: A.B.P.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 35 AÑOS

ORIGINARIO: DF

RESIDENCIA: DF

FECHA DE ESTUDIO: 20-07-83

DX: GRANULOMA PIÓGENO CONJUNTIVA BULBAR OD

ESCOLARIDAD: VI DE PRIMARIA.

AHF: ABUELA MATERNA ACÍTICA FALLECIDA; PADRES SANOS; 3 HERMANOS SANOS; UNA HERMANA CON OSTEOPATÍA DE COLUMNA, ESPOSA SANA, 2 HIJOS SANOS.

APNP: TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO NEGADOS, BUENOS HÁBITOS HIÉNICOS-DIETÉTICOS, HABITACIÓN EN BUEN ESTADO.

APP: NO RECUERDA ENFERMEDADES DE LA INFANCIA, LITIASIS RENAL EN CONTROL DE 3 AÑOS. APENDICECTOMÍA A LOS 20 AÑOS, VASECTOMÍA HACE 5 AÑOS, CIRCUNCISIÓN HACE 10 AÑOS, NO TRANSFUSIONES.

PA: HACE 4 MESES, NEOFORMACIÓN CONJUNTIVAL SECTOR NASAL OD, DX INICIALMENTE COMO PTERIGIÓN, OPERADO EL 21-06-83 CON FRANCA RECIUIVA, RÁPIDA; DOLOR IMPORTANTE, FOTOFobia, DOLOR CANTO INTERNO AO.

TRATAMIENTOS PREVIOS: LOS MENCIONADOS.

EXILORACION FÍSICA: GANGLIO EN CADENA YUGULAR DE CARACTERÍSTICAS INFLAMATORIAS.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: AV: 20/20 AO. OD: BLEFAROS-
PASMO REFLEJO .OI: NORMAL.

OD CON TUMOR CONJUNTIVAL NASAL DE 6 MM DE DIÁMETRO,
BLANDO, FRIABLE, HIPEREMIA CONJUNTIVAL ++, INVADE CórNEA
EN FORMA INCIPIENTE. ADHERIDA A ESCLERA. TIO(SCHIÖTZ):
7/5.5 AO. RESTO NORMAL.

LABORATORIO: Hb= 18.3, HT=54.5 13-07-83.

11-07-83: GLUCEMIA 93, UREA 22, EGU: NORMAL. CULTIVO DE EXU-
DADO FARÍNGEO: ESCHERICHIA COLI.

05-08-83: Hb= 15.9, HT= 45.7, GLUCEMIA 93, UREA 20, EGO: 3
LEUCOCITOS/C.

RADIOLOGIA: Tórax NORMAL 04-08-83

SENOS PARANASALES (SPN): 25-07-83, PROCESO INFLAMATORIO
INICIAL Tórax NORMAL 18-07-83.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA: 26-07-83: CÉLULAS DE CA EPIDERMÓI-
DE INTRAEPITELIAL CON INVASIÓN INCIPIENTE.

DX CLINICO: CA EPIDERMÓIDE INTRAEPITELIAL CON INVASIÓN
INCIPIENTE OD .

TRATAMIENTO: EXCISIÓN BIOPSIA 12-08-83. EXAMEN TRANS-OPERA-
TORIO (ETO): GRANULOMA PIÓGENO.

REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO: 16-08-83: GRANULOMA PIÓGENO
CONJUNTIVAL TOTALMENTE ESCINDIDO.

EVOLUCION: 16-01-84: PEQUEÑA FORMACIÓN QUIÍSTICA SECTOR
NASAL OD EN SITIO DE ABORDAJE QUI-
RÚRGICO, NO AT, RESTO NORMAL.

19-09-84: PTERIGIÓN INTERNO, RESTO SIN AT.

CASO # 9

NOMBRE: R.S.L.

SEXO: MASCULINO.

EDAD: 62 AÑOS.

ORIGINARIO: SAN FELIPE, GTO.

RESIDENCIA: DF, DESDE HACE 2 AÑOS.

Ocupación: CAMPESINO.

(CONTACTO A INSECTICIDAS DE 15 AÑOS DE EVOLUCIÓN, 2-3 VECES
POR SEMANA).

FECHA DE ESTUDIO: 02-11-83

DX: INFILTRACIÓN DE LINFOMA A CONJUNTIVA Y PÁRPADOS.

AHF: ABUELOS, PADRE Y MADRE IGNORA. UN HERMANO FALLECIDO POR CHAN, OTRO POR DESCARGA ELÉCTRICA, 12 HIJOS SANOS, ESPOSA SANA.

APNP: CASA SIN DRENAJE, HACINADA; COME CARNE UNA VEZ A LA SEMANA. HUEVO 2 X SEMANA. BAÑO 2 VECES / SEMANA. ANALFABETA. TABAQUISMO DE 6-8 CIGARRILLOS DIARIOS, TOMA MEZCAL Y TEQUILA.

APP: SARAPIÓN Y TOSFERINA EN LA INFANCIA. SÍFILIS A LOS 21 AÑOS; CIRUGÍA DE PÁRPADO INFERIOR OI EN MEDIO PARTICULAR POR TUMOR INESPECIFICADO.

PA: DESDE HACE 4 AÑOS, PEQUEÑOS TUMORES EN CARA LATERAL DEL CUELLO, EN AXILAS, SUPRACLAVICULAR E INGLÉS. OCULAR: HACE UN AÑO, PEQUEÑOS TUMORES EN PÁRPADOS DE AO, CRECIMIENTO LENTO, CON SIGNOS INFLAMATORIOS, CON ECTROPIÓN INF., BILATERAL.

TRATAMIENTOS PREVIOS: EXTIRPACIÓN DE TUMOR PALPEBRAL INFERIOR IZQUIERDO EN HOSPITAL OFTALMOLÓGICO PARTICULAR, SIN MÁS DATOS.

EF: HIPEROSTIOSIS OCCIPITAL; ADENOPATÍAS PREAURICULARES BILATERALES; GANGLIOS SUBMANDIBULARES Y YUGULAR MEDIO. CICATRIZ PENEANA. NO ADENOPATÍAS AXILARES NI INGUINALES.

EXPLORACION OFTALMOLÓGICA: AV: OD: 20/50 (.) 20/30, OI: 20/60 (.) 20/50. AUMENTO DE VOLUMEN PÁRPADO INFERIOR Y SUPERIOR AO, MÍNIMO EDEMA; TUMORES EN FÓRNICES CONJUNTIVALES, QUE SE DESPLAZAN; TUMORES EN FÓRNICES SUPERIORES. FO: ANGIOESCLEROSIS.

LABORATORIO: 02-11-83: HB=14.8, HT=44.8, LEUCOCITOS: 6 400, LINFOCITOS 30%. EGO, US: NORMALES.

RADILOGÍA: SERIE GASTRODUODENAL: INFILTRACIÓN NEOPLÁSICA EN MUCOSA. SPN: OBSTRUCCIÓN DE COANAS. CHÁNFO Y Tx NORMALES.

UX CLÍNICO: PROBABLE INFILTRACIÓN CONJUNTIVAL POR LINFOMA.

TRATAMIENTO: BIOPSIA INCISIONAL 06-09-83; QUIMIOTERAPIA EN SERVICIO DE HEMATOLOGÍA (METOTREXATE).

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS: TUMOR ROJO Vinoso, FRIABLE, BIEN DELIMITADO.



- CASO # 9 -

DX CLINICO: NEVO DE CONJUNTIVA BULBAR OD.

TRATAMIENTO: BIOPSIA EXCISIONAL AGOSTO 83.

REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO: NEVO COMPUESTO, LÍMITES QUIRÚRGICOS SIN LESIÓN. 26-01-84.

EVOLUCION: 23-01-84: CONJUNTIVITIS BACTERIANA LEVE, RESTO NORMAL, SIN AT.

CASO # 11

NOMBRE: J.C.O.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 49 AÑOS

ORIGEN: ESTADO DE OAXACA

RESIDENCIA: DF, DESDE HACE 35 AÑOS

OCUPACIÓN: EMPLEADA DE ESTACIONAMIENTO.

ESCOLARIDAD: SABE LEER Y ESCRIBIR.

FECHA DE ESTUDIO: 11-10-83

Dx: PAPILOMA CONJUNTIVAL OI Y HEMANGIOMA CAVERNOSO PALPEBRAL OI.

AHF: UNA HIJA CON PIELONEFRITIS.

APNP: NIVEL SOCIOECONÓMICO MEDIO BAJO. TOXICOMANÍAS NEGATIVAS

APP: NEGADOS.

PA: DE 7 MESES DE EVOLUCIÓN, AL PERCIBIR SENSACIÓN DE CE EN EL OI Y PRESENCIA DE NEOFORMACIÓN CONJUNTIVAL QUE HA CRECIDO LENTAMENTE SIN TRATAMIENTO PREVIOS.

EF: NORMAL.

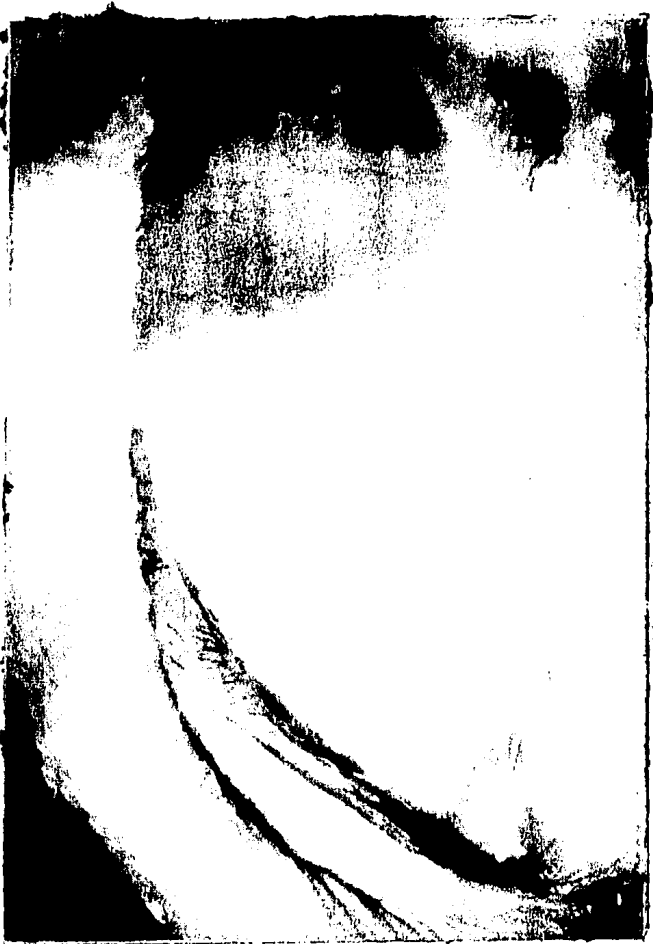
EXPLORACION OFTALMOLOGICA: AV: OD: 20/40, OI: 20/20.

ANEXOS: NEVO PALPEBRAL SUPERIOR OI, REFLEJOS PUPILARES, MOVILIDAD Y FO NORMALES. BIOMICROSCOPIA: OD: PINGÜÍCULA INTERNA. OI: TUMORACIÓN DE 3 X 3 MM, A 1 MM DEL LIMBO NASAL, CON RELIEVE DE 1 MM; TIENE VASOS INGURGITADOS EN EL VÉRTICE Y PIGMENTACIÓN.

LABORATORIO: GLUCEMIA: 216.

RADIOLOGIA: NORMAL.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA: ESCASAS CÉLULAS DE EPITELIO PLANO CON ALTERACIONES SUGESTIVAS DE PAPILOMA.



- CASO # 11 -

UX CLINICO: PAPILOMA CONJUNTIVAL OI, HEMANGIOMA PALPEBRAL OI.
TRATAMIENTO: BIOPSIA EXCISIONAL DE LESIÓN CONJUNTIVAL Y DE
LESIÓN DE PÁRPADO SUPERIOR OI. OCTUBRE-83.
REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: PAPILOMA CONJUNTIVAL Y HEMANGIO-
MA CAVERNOSO PALPEBRAL.
EVOLUCION: 09-08-84: SIN AT. PTERIGIÓN INTERNO.

CASO # 12

NOMBRE: T.P.M.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 37 AÑOS

ORIGINARIO: MICHOACÁN

RESIDENCIA: DF, DESDE HACE 10 AÑOS.

Ocupación: OBRERO.

ESCOLARIDAD: NULA.

FECHA DE ESTUDIO: 02-03-81

PIEL: OSCURA.

Dx: CA EPIDERMÓIDE LÍMBICO NASAL OD RECIDIVANTE Y PAPILOMA

AHF: MADRE DE 70 AÑOS CON PROB. CA INTRAABDOMINAL INESPE-
CIFICADO; PADRE DE 76 AÑOS SAHO. ESPOSA DE 36 AÑOS SANA, UN
HERMANO EPILÉPTICO, UN HIJO MUERTO A TEMPRANA EDAD.

APNP: MEDIO SOCIOECONÓMICO BAJO, CASA EN REGULARES CONDI-
CIONES, SERVICIOS URBANOS BÁSICOS, ALIMENTACIÓN DEFICIENTE.
BAÑO DIARIO, TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO POSITIVOS, + .

APP: NO

PA: TUMORACIÓN CONJUNTIVAL OD DESDE HACE 8 AÑOS, SENSACIÓN
DE CE, ARDOR; VALORADO EN EL CENTRO MÉDICO LA RAZA (CMLR)
EN 1978, EXTIRPADO AHÍ, REPORTADO COMO EPITELIOMA. POSTERIOR-
MENTE APARECE EN LIMBO DE ÉSE OJO TUMORACIÓN SEMEJANTE A
LA PREVIA; SE LE DIÓ RADIOTERAPIA (RT) EN EL MENCIONADO
NOSOCOMIO, IGNORA DOSIS Y # DE SESIONES. NOTA DESDE HACE UN
MES RECIDIVA DE LA LESIÓN, POR LO QUE ACUDE.

TRATAMIENTOS PREVIOS: RT EN EL CMLR, POSTERIOR A RESECCIÓN,
POR RECIDIVA.

CF: CRIES EN ALGUNAS PIEZAS DENTARIAS, RESTO NORMAL.



- CASO # 11 -

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: 20/25 AO QUE NO MEJORA(NM).
ANEXOS: BLEFAROSPASMO. OD: HIPEREMIA DE BORDES PALPEBRA-
LES. REFLEJOS, SENSIBILIDAD CORNEAL NORMALES. BIOMICROSC-
COPIA: OD: HIPEREMIA CONJUNTIVAL NASAL, TUMOR MUY VASCU-
LARIZADO, LÍMBICO, DE IIIA V, LEUCOMA DE I A II, OI NORMAL.
LABORATORIO: VDRL NEGATIVA, BH, TP, QS, USO NORMALES.
RADIOLOGIA: Tx PA NORMAL (POSTEROANTERIOR).
CITOLOGIA: 02-03-81: ATIPIAS SUGERENTES DE PAPILOMA.

CLASE II

11-07-83: CLASE II, ALTERACIONES CELULARES DE
DISPLASIA MODERADA.

DIAGNOSTICO CLINICO: CA EPIDERMÓIDE LÍMBICO NASAL OD RE-
CIDIVANTE.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN-BIOPSIA (QUERATECTOMÍA-ESCLERECTOMÍA
LAMINAR) 24-09-82.

HALLAZGOS QUIRURGICOS: ESCLERA MUY DELGADA POR CIRUGÍA
PREVIA.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: 03-03-81: PAPILOMA CON HIPER-
PLASIA ATÍPICA (CMLR).

23-03-81: PAPILOMA DE CONJUNTIVA TOTALMENTE ESCINDIDO.

27-08-82: CA EPIDERMÓIDE MICROINVASOR.

27-09-82: CA EPIDERMÓIDE INTRAEPITELIAL, LÍMITES QUI-
RÚRGICOS SIN NEOPLASIA.

EVOLUCIÓN: 09-01-84: SIN AT, ASINTOMÁTICO

29-11-84: SIN AT.

CASO # 13

NOMBRE: E. K. F.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 70 AÑOS

ORIGINARIO: TLALPAN, DF

RESIDE: TLALPAN, DF

OCUPACIÓN: EMPLEADO.

ESCOLARIDAD: III DE PRIMARIA.

FECHA DE ESTUDIO: 28-09-81

PIEL: MORENO CLARO.

DX: CA EPIDERMÓIDE CONJUNTIVA BULBAR OD, INVASOR DE Cór-
NEA PERIFÉRICA.

AHF: ABUELOS FALLECIDOS, IGNORA CAUSA, ÍDEM DE PADRE. MADRE DE 94 AÑOS, SANA. HERMANA DIABÉTICA. HERMANO FALLECIDO EN ACCIDENTE VIAL.

APNP: MEDIO SOCIOECONÓMICO BAJO, REGULARES HÁBITOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS, CASA CON TODOS LOS SERVICIOS, TABAQUISMO POSITIVO + DESDE LOS 25 AÑOS, ALCOHOLISMO + HASTA HACE 4 AÑOS, 2-3 LITROS DE PULQUE.

APP: LUXACIÓN DE MUÑECA DERECHA HACE UN AÑO, AMPUTACIÓN DE FALANGE DISTAL DEDO MEDIO Y FX DE FALANGE DISTAL DEDO ANULAR MANG DERECHA POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO (PAF).

PA: LO INICIA EN DICIEMBRE 1980, POSTERIOR A CONJUNTIVITIS OD POR DIESEL. EN ABRIL DE 1981 ES RESECADA TUMORACIÓN CONJUNTIVAL POR OFTALMÓLOGO PARTICULAR; RECIDIVÓ EN DOS SEMANAS; REINTERVENIDO EN AGOSTO DEL 81, SE ENVIÓ PIEZA. ACTUALMENTE ASINTOMÁTICO; LEVE HIPEREMIA CONJUNTIVAL. TRATAMIENTOS PREVIOS: RESECCIÓN EN DOS OCASIONES.

EF: ALOPECIA PARCIAL, PELO ENTRECANO, ADONCIA TOTAL, AMPUTACIÓN TERCERA FALANGE DEDO MEDIO DERECHO, DEFORMACIÓN DE FALANGE DISTAL DEDO ANULAR MISMA MANO.

EXPLORACION OFTALMOLÓGICA: AV: OD 20/50, OI: 20/30.

ANEXOS: DERMATOGLAZIS MODERADA. HIPEREMIA OD ++, CICATRIZ CONJUNTIVAL OD NASAL DE I A V. A LA I, PEQUEÑA TUMORACIÓN DE 2 MM QUE INVADE Córnea DE 1-2 MM; CONGESTIÓN VASCULAR CONJUNTIVAL PARALÍMBICA. OPACIDADES CRISTALINIANAS INCIPIENTES. OI: PINGÜECULA EXTERNA. FO: PAPILAS AMPLIAS FISIOLÓGICAS, ANGIOESCLEROSIS.

LABORATORIO: 22-07-81: HB= 14.7, HT=45.3.

17-07-81: GLUCEMIA 117, UREA 35, EGO NORMAL.

28-10-81: HB=15.1, HT=47.5, GLUCEMIA 111, UREA 38.

RADIOLÓGIA: 17-07-81: Tx: Fx'S COSTALES ANTIGUAS CONSOLIDADAS DERECHAS.

UX CLÍNICO: CA EPIDERMÓIDE CONJUNTIVA BULBAR OD, INVADE Córnea PERIFÉRICA.

TRATAMIENTO: 24-11-81: EXCISIÓN BIOPSIA AMPLIA. AUTOINJERTO CONJUNTIVAL.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: 21-10-81: ATIPIAS NO CONCLUYENTES.

01-12-81: CA EPIDERMÓIDE INTRAEPITELIAL. NEOPLASIA A 0.36MM DEL BORDE.

EVOLUCION:

18-01-84: CV AO: 20/20. INVASIÓN DE CONJUNTIVA BULBAR A Córnea a las V, SIN SIGNOS DE AT.

17-09-84: VERRUGA BORDE LIBRE PÁRPADO SUPERIOR OD, SE ESCINDE EL 02-10-84, REPORTADA COMO FIBROPAPILOMA EL 08-10-84.

29-11-84: SIN AT.

CASO # 14

NOMBRE: S.L.N.C.H.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 33 AÑOS.

ORIGEN: SAN JOSÉ TEACANCO, TLAX.

RESIDE: DF

Ocupación: HOGAR EDO. CIVIL: CASADA.

ESCOLARIDAD: PRIMARIA.

FECHA DE ESTUDIO: 02-01-84

Dx: PAPILOMA CONJUNTIVAL PIGMENTADO OI.

AHF: SE IGNORA SOBRE ABUELOS. PADRES SANOS. ESPOSO SANO. SEIS HIJOS SANOS, RESTO NEGADO.

APNP: RESIDENTE DEL DF DESDE HACE 23 AÑOS. TABAQUISMO Y AL COHOLISMO NEGADOS. HABITACIÓN EN BUENAS CONDICIONES. MENARQUIA A LOS 13 AÑOS, RITMO 30X4, GESTA 6, PARA-6, ABORTOS 0, CESÁREAS 0. FUM (FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN) 06-12-83. FECHA DE ÚLTIMO PARTO (FUP): 1981. INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA (VSA): 19 AÑOS. USÓ DIU (DISPOSITIVO INTRAUTERINO) POR 5 AÑOS, RETIRADO HACE 2 AÑOS. NO HA TOMADO HORMONALES.

APP: PAROTIDITIS SUPURADA DERECHA (?). INTERNADA DE URGENCIA HACE 4 AÑOS POR DISNEA E HIPOTENSIÓN. HIPERTENSA TRATADA, SUSPENDIÓ MEDICAMENTO HACE UN AÑO.

PA: DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN, CON SENSACIÓN DE CE EN EL OI, POSTERIORMENTE DOLOR ARDOROSO; NO SE HA ADMINISTRADO MEDICAMENTOS. TUMORACIÓN HACE 3 MESES EN CANTO INTERNO.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

SIN TRATAMIENTOS PREVIOS.

EF: NORMAL. TA= 110/80

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: AV: 20/20 AO. ORTOTROPIA A LA
PRM(POSICION PRIMARIA DE LA MIRADA). SA(SEGMENTO ANTERIOR):
ANEXOS NORMALES. OI: ENGROSAMIENTO CONJUNTIVAL DULBAR VE-
RRUCOSO, MODERADAMENTE PIGMENTADO; TUMOR REDONDEADO, DE 6 MM
DE DIAMETRO. DOLOR A LA PALPACION, NO DESPLAZABLE; AL PARE-
CER INTERESA SÓLO CONJUNTIVA, NO INVAD E CORNEA; ESTÁ EN
SECTOR NASAL, EN EL M DE LAS III. TIO(TENSION INTRAOCULAR),
FO, NORMALES.

LABORATORIO:

02-01-84: HB= 14.7, HT=45.7, GLUCEMIA 114, UREA 22. EGO: NORMAL.

RADIOLOGIA:

05-01-84: TX NORMAL. SERIE ÓSEA METASTÁSICA NORMAL.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA:

04-01-84: SIN ALTERACIONES.

DX. CLINICO: PAPILOMA CONJUNTIVAL PIGMENTADO OI.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN-BIOPSIA 31-01-84, ANESTESIA LOCAL,
SIN ACCIDENTES NI COMPLICACIONES.

REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO: PAPILOMA BENIGNO (NOTA DEL EX-
PEDIENTE 08-02-84; NO HAY REPORTE).

EVOLUCION:

08-02-84: NORMAL. LEVE INFLAMACION, SIN AT.

13-08-84: SIN AT.

CASO # 15

NOMBRE: S.C.F.

SEXO: MASCULINO.

EDAD: 64 AÑOS.

ORIGEN: SAN JUAN KOCHIMILCO, U.F.

RESIDENCIA: SAN JUAN KOCHIMILCO, U.F.

Ocupación: TRANSPORTES ELÉCTRICOS

ESCOLARIDAD: III DE PRIMARIA.

FECHA DE ESTUDIO: 24-08-83

DX: CA EPIDERMÓIDE CONJUNTIVAL OD.

AHF: SE IGNORAN DATOS SOBRE PADRES Y ABUELOS. DOS HERMANOS SANOS, ESPOSA SANA. CUATRO HIJOS SANOS RESTO NEGADO.

APNP: NIEGA TABAQUISMO. ALCOHOLISMO CONSUETUDINARIO; HABITACIÓN EN MALAS CONDICIONES, ALIMENTACIÓN ADECUADA.

APP: NO RECUERDA ENFERMEDADES PROPIA DE LA INFANCIA; RESTO NEGADO. HACE TRES AÑOS LE SALTÓ AL OÍ UNA GOTA DE GASOLINA.

PA: INICIA HACE DOS AÑOS, PEQUEÑA NEOFORMACIÓN CONJUNTIVAL BULBAR OD DE CRECIMIENTO LENTO; LAGRIMEO, SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO.

EF: CARIES, ADONCIA PARCIAL; ESTERTORES RONCANTES BASALES DERECHOS; AMPLEXACIÓN DISMINUIDA. TA=190/100. PESO 79.5 KG ESTATURA 1.60 M.

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA: AV: OD: 20/30, OI: 20/25.

ANEXOS, REFLEJOS, MOVILIDAD, NORMALES; GÍOMICROSCOPÍA: OD HIPEREMIA ++ POR NEOFORMACIÓN CONJUNTIVAL TEMPORAL BULBAR DE 10 X 7 MM, INVADE CÓRNEA 4 MM, DONDE ES BLANCO-ROSA DO, DE BORDES IRREGULARES CON PEQUEÑOS VASOS (CARACTERÍSTICAS DE PAPILOMA); MUY ADHERIDO A LA CÓRNEA. EN CONJUNTIVA ES ROJO OSCURO CON GRANDES VASOS, FIJO A PLANOS PROFUNDOS, CON OPACIDADES CRISTALINIANAS INCIPIENTES. OI: PTERIGIÓN INTERNO INCIPIENTE. FO: ANGIOESCLEROSIS, RESTO NORMAL.

LABORATORIO:

22-08-83: Hb=16.7, HT=49.1, GLUCEMIA 96, UREA 16, EGO NORMAL, UROCULTIVO NEGATIVO.

20-09-83: Hb 16.7, HT 49.4, GLUC. 90, UREA 20, EGO NORMAL.

RADIOLOGÍA:

22-09-83: TX: AORTOESCLEROSIS, CARDIOMEGALIA GRADO I POR VENTRÍCULO IZQ., BRONQUITIS CRÓNICA, RETENCIÓN DE SECRECIONES PREDOMINIO DERECHO.

CITOLOGÍA EXFOLIATIVA:

26-08-83: ALTERACIONES CELULARES SUGESTIVAS DE LESIÓN VIRAL Y DISPLASIA MODERADA.

DX CLÍNICO: CA EPIDERMÓIDE CONJUNTIVAL OD.

TRATAMIENTO: 09-09-83: EXCISIÓN BIOPSIA CON QUERATECTOMÍA LAMELAR

07-10-83: QUERATECTOMÍA LAMINAR, RESECCIÓN DE TEJIDO SUSPECHOSO. ESCLERECTOMÍA LAMELAR (=LAMINAR).



- CASO # 15 -

ETO: 07-10-83: REACCIÓN INFLAMATORIA SIN EVIDENCIA DE TUMOR.
CORDONES LIBRES.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO:

14-09-83: CA EPIDERMÓIDE BIEN DIFERENCIADO INVASOR.

13-10-83 (ETO): CONJUNTIVA CON FIBROSIS, Y HEMORRAGIA ANTIGUA Y RECIENTE.

EVOLUCION:

25-01-84: HIPEREMIA CONJUNTIVAL +, CV 20/25 AO, SIN AT, ASINTOMÁTICO.

09-07-84: SIN AT.

CASO # 16

NOMBRE: S.G.G.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 50 AÑOS

ORIGINARIA: TEZIUTLÁN, PUL.

RESIDENCIA: MARTÍNEZ DE LA TORRE, VER.

PIEL: MORENO-CLARO.

FECHA DE ESTUDIO: 05-01-83

Dx: MELANOMA MALIGNO CONJUNTIVAL OI

AHF: MADRE FALLECIDA POR DIABETES MELLITUS; PADRE CON HEPATOPATÍA INESPECIFICADA.

AFNP: NO CONSIGNADOS.

AMP: HTA; PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA EN TRATAMIENTO CON CORTICOSTEROIDES; SÍNDROME DE CUSHING; OPERACIÓN CESÁREA, APENDICECTOMÍA, SALPINGOCLASIA; PALUDISMO HACE 27 AÑOS.

PA: ANTECEDENTE DE MELANOSIS CONJUNTIVAL EN FONDO DE SACO INFERIOR Y CARÚNCULA, QUE SE OBSERVA POR PRIMERA VEZ TRES AÑOS ANTES DE SU PADECIMIENTO ACTUAL. DOS SEMANAS ANTES OBSERVA TUMOR DE RÁPIDO CRECIMIENTO QUE LE PRODUCE SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO Y LEVE HEMORRAGIA.

TRATAMIENTOS PREVIOS:

BIOPSIA INCISIONAL. CORTICOIDES, 10 MG DIARIOS PARA CONTROL DE PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA.

EF: PACIENTE OBESA CON FACIES CUSHINOIDE; TA=140/100, CICATRICES QUE CORROBORAN LOS TRATAMIENTOS DESCRITOS; EQUIMOSIS DE DIVERSOS PUNOS DEL CUERPO.

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA:

AV: OD: 20/30 (.) 20/30 OI: 20/30 (.) 20/30



MELANOMA
CONJUNTIVAL

ANEXOS: EN EL PÁRPADO SUPERIOR IZQUIERDO, DEFORMACIÓN POR TUMOR QUE PROTRUYE DE CONJUNTIVA. SA: TUMOR PIGMENTADO QUE DEPENDE DE CARÚNCULA, NODULAR, SUPERFICIE UNIFORME, ULCERADO, CON COSTRA HEMÁTICA EN SU SUPERFICIE, FIJO A PLANOS PROFUNDOS; MIDE 10 X 8 MM, SE ACOMPAÑA DE SECRECIÓN. TO: OD: 14 MMHG OI: 12 MMHG (TENSIÓN OCULAR)
FO: NORMAL.

LABORATORIO: PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPÁTICO (PFH) NORMALES. VS: NORMAL. EGO: NORMAL. FR: NORMAL. PLAQUETAS: 32 000.
RADIOLOGIA: Tx: PULMONES Y CORAZÓN NORMALES, NO METÁSTASIS (MTS).
TRATAMIENTO: VACIAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ÓRBITA 25-01-83 CON TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS PRE, TRANS Y POSTOPERATORIA. SIN CONTRATIEMPOS. MACROSCÓPICAMENTE SE ESCINDIÓ TODO EL TEJIDO NEOPLÁSICO.

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS: SITIO DE BIOPSIA DE MELANOMA DE CONJUNTIVA.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: MELANOMA DE CARÚNCULA, SIN TUMOR EN BORDE NI LECHO QUIRÚRGICO, PRODUCTO DE VACIAMIENTO ORBITARIO.

EVOLUCIÓN:

- 08-08-83: SIN AT. NO MANIFESTACIONES DE MTS. EN VISTA DE PROGRESIÓN DE BAJA DE PLAQUETAS SE HIZO ESPLENECTOMÍA EL 07-06-83 CON CONTROL TEMPORAL DE PLAQUETAS.
- 10-10-83: SIN AT, USA PRÓTESIS, PFH NORMALES, PLAQUETAS BAJAS, SIGUE CON CORTICOSTEROIDES.
- 27-11-84: ATAQUE AL ESTADO GENERAL, DISFAGIA, PÉRDIDA DE PESO, AT EN REGIÓN DE MASETERO Y SUBÁNGULO MAXILAR QUE SE PROLONGA A ESPACIO PARAFARÍNGEO. AT EN CAVIDAD ORBITARIA IZO QUE SE EXTIENDE A CEJA. PLAN: QT (QUIMIOTERAPIA).

CASO # 17

NOMBRE: C.N.F.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 40 AÑOS

ORIGINARIO: ACUASCALIENTES, AGS.

FECHA DE ESTUDIO: 21-04-84

RESIDENCIA: DF, DESDE HACE 20 AÑOS

PIEL: MORENO MESTIZO.

DX: MELANOMA MALIGNO CONJUNTIVAL OD

AHE: ONCOLÓGICOS NEGADOS

APAF: AGRICULTOR. TABAQUISMO POSITIVO, 20 CIGARRILLOS, HACE 20 AÑOS.

APP: PALUDISMO A LOS 57 AÑOS; OFTALMOLÓGICOS NEGADOS.

PA: LO INICIA HACE UN AÑO CON SENSACIÓN DE CE OD. ÉL OBSERVÓ LA TUMORACIÓN HACE 1 Y MEDIO MESES EN CONJUNTIVA, CON RÁPIDO CRECIMIENTO. PRODUCE DOLOR, LAGRIMEO, SIGNOS INFLAMATORIOS, DISMINUCIÓN DE LA AV EN AO.

EF: NORMAL. NO GANGLIOS, NO MTS, NO ATAQUE AL EDO. GRAL.

EX: LORACIÓN OFTALMOLÓGICA:

AV: OD: 20/200(.)20/80; OI: 20/100(.)20/80

BM (BIOMICROSCOPIA): CONGESTIÓN VASCULAR DE V A VII, TUMOR ROJO VIOLÁCEO, BORGES LISOS, FÁCILMENTE SANGRANTE, DE 12-13 MM DE DIÁMETRO, INTERESA CÔRNEA; PEDICULADO; INTERESA PLANOS PROFUNDOS (ESCLERA). EL PEDÍCULO ES DE APROXIMADAMENTE 5 MM. CÁMARA ANTERIOR (CA) NORMAL, OPACIDADES CRISTALINIANAS.

FO: ANGIOESCLEROSIS.

LABORATORIO: BH Y TF NORMALES.

RADIOLÓGIA: TX: CAMBIOS POR LA EDAD. SPN: PROCESO INFLAMATORIO EN SENOS, NO TUMOR.

CITOLOGÍA EXFOLIATIVA: NUMEROSAS CÉLULAS DE CARCINOMA QUE SUGIEREN MELANOMA.

DX CLÍNICO: MELANOCARCINOMA CONJUNTIVAL OD.

TRATAMIENTO: VACIAMIENTO ORBITARIO 21-05-82.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO:

NEOPLASIA MALIGNA POSIBLMENTE DIFERENCIADA, COMPATIBLE CON MELANOMA MALIGNO.

EVOLUCION: 25-08-82: BUENA EVOLUCIÓN, NO AT.

24-03-84: SIN AT LOCAL NI REGIONAL O GENERAL.

CASO # 18

NOMBRE: C.U.M.U.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 47 AÑOS.

ORIGEN: EL SITIO, QRO.

RESIDE: EL SITIO, QRO.

OCCUPACIÓN: HOGAR Y CAMPESINA.

ESCOLARIDAD: ANALFABETA.

FECHA DE ESTUDIO: 17-08-83

DX: NEVO INTRADÉRMICO DE CARÚNCULA OI.

AHF: MADRE DIABÉTICA, CON CA DE MAMA DERECHA EN TRATAMIENTO.

APNP: SABE LER Y ESCRIBIR, 13 HIJOS VIVOS, ESPOSO EMPLEADO DE LA COMISIÓN FEDERAL DE ELECTRICIDAD. REGULA PES CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS. CASA PROPIA; TAJQUISMO SOCIAL.

TOMA DOS LITROS DE PULQUE DIARIOS DESDE LOS 25 AÑOS DE EDAD.

APP: CIRUGÍA DE PTERIGIÓN OD ABRIL DEL 83, TRANSFUSIÓN A LOS 12 AÑOS DE EDAD, SIN PROBLEMA; DEBIDO A ANEMIA. PARTOS EN SU HOGAR, ATENDIDA POR PARTERAS.

PA: EN JULIO DE 83 OBSERVA NEVO EN CARÚNCULA DEL OI; REFIERE DOLOR Y SENSACIÓN DE CE.

TRATAMIENTOS PREVIOS: EXCISIÓN DE PTERIGIÓN OD, CON BETA-TERAPIA, 2 500 RADS. PTERIGIÓN OI DE DIEZ AÑOS DE EVOLUCIÓN.

EF: MUY GRUESO PANÍCULO ADIPOSITO ABDOMINAL. HERNIA UMBILICAL. RECTO-CISTOCELE GRADO II. INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. CERVICITIS CRÓNICA. TRAE DIU. VÁRICES EN SAFENA EXTERNA DE AMBAS PIERNAS.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: AV: OD: 20/60, OI: 20/25

CICATRIZ CONJUNTIVAL OD M DE LAS III, SIN SIGNOS DE RECIDIVA; OI PTERIGIÓN INTERNO INVADE 3 MM, NEVO EN CARÚNCULA, 2 MM SIN VASOS. FO: NORVAL.

LABORATORIO: 15-08-83; HB 15.4, HT 47.0, TP 100%, QS NORMAL, EGO: INCONTABLES LEUCOCITOS.

RX: Tx 11-08-83 CARDIOPATÍA ATROSCLEROSA.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA: CÉRVICO UTERINA: 02-08-83 CERVICITIS EROSIVA.

DX CLINICO: NEVO EN CARÚNCULA OI, PTERIGIÓN INTERNO.

TRATAMIENTO: 30-03-83 EXCISIÓN BIOPSIA SIN ACCIDENTES.
REPORTE ANATOPATOLÓGICO: 4-0, 03 NEVO INTRADÉRMICO PIG-
MENTADO, TUMOR EN UN BORDE QUIRÚRGICO.

EVOLUCIÓN:

08-02-84: NO HAY DATOS DE AT.

CASO # 19

NOMBRE: O.R.I.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 73 AÑOS

ORIGINARIA: TAXCO, GRO.

RESIDE: TAXCO, GRO.

OCUPACIÓN: HOGAR

FECHA DE ESTUDIO: 31-08-83

ESCOLARIDAD: NULA.

DX: CA EPIDERMÓIDE INVASOR CONJUNTIVA BULBAR OI NO QUIRÚR-
GICO.

AHF: IGNORA; NEGADOS.

ANP: NIEGA TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO, MEDIO SOCIOECONÓMICO (MSE)
BAJO, MALOS HÁBITOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS, CASA SIN DRENA-
JE.

APP: CIRUGÍA PARTICULAR DEL OI HACE 2 AÑOS, RESTO NO RE-
CUERDA.

PA: DESDE HACE UN AÑO; CRECIMIENTO DE TUMOR CONJUNTIVAL OI,
ANAUROSIS, DESVIACIÓN DEL GLOBO OCULAR, AUMENTO DE VOLUMEN
DE PÁRPADOS, GRAN SECRECIÓN PURULENTO.

TRATAMIENTOS PREVIOS: OPERADA FUERA DEL IMSS HACE 1 Y MEDIO
AÑOS POR TUMOR CONJUNTIVAL OI.

EF: CIFOSIS, MAMAS PÉNDULAS SIN NODULACIONES, AMPLEXIÓN Y
AMPLEXACIÓN DISMINUIDAS. SE TOMÓ PAPANICOLAU; DOS QUISTES
DE NABOTH EN CÉRVIX. GODETTE POSITIVO EN AMBOS MI'S (MIEMBROS
INFERIORES).

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA: AV: OD: NO REPORTADA. OI: NPL (NO
PERCIBE LUZ). AUMENTO DE VOLUMEN DE PÁRPADOS IZQUIERDOS,
ERITEMA, DISMINUCIÓN DE HENDIDURA PALPEBRAL, PROTRUSIÓN DE
GLOBO OCULAR; INFLAMACIÓN DE AMBOS PÁRPADOS, SOBRE TODO EN

SECTOR INTERNO; SIMBLÉFARON DE AMBOS PÁRPADOS A CON-
JUNTIVA BULBAR; MASA TUMORAL QUE CUBRE AL GLOBO OCULAR,
NATA DE SECRECIÓN PURULENTO QUE AL DESPRENDERLA SANGRA.
OD: BV: OPACIDADES CRISTALINIANAS INCIPIENTES. FO: ANGIO-
ESCLEROSIS.

LABORATORIO:

30-02-83: HD 12.1, HT 49.3, TP 100%, JS NORMAL; FROTIS CON-
JUNTIVAL: COCOS GRAMPOSITIVOS, CULTIVO NEGATIVO,
UROCULTIVO NEGATIVO.

RADIOLOGÍA:

ORBITAS SIN LESIÓN ÓSEA. TX: IMPORTANTES CAMBIOS DEGENE-
RATIVOS EN COLUMNA DORSAL, DATOS DE BRONQUITIS CRÓNICA,
COR PULMONALE CRÓNICO.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA: CÉRVICO-VAGINAL: CL. II 25-08-83.

DX CLINICO: CA EPIDERMÓIDE INVASOR CONJUNTIVA BULBAR OD.

TRATAMIENTO: NO QUIRÚRGICO. RADIOTERAPIA 4 000 R(RADS)
EN 15 SESIONES.

REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO: CA EPIDERMÓIDE INVASOR MODE-
RADAMENTE DIFERENCIADO 29-08-83.

EVOLUCIÓN:

23-02-84: DOLOR OCULAR; BLEFAROSPASMO, CON MUY Poca SECRE-
CIÓN. ESTÁ EN SUS SESIONES DE RT.

09-07-84: SIGUE EN RT. TIENE ICC (INSUF. CARDÍACA CONGESTI-
VA) POR OTRA CAUSA.

CASO n. 20

NOMBRE: V.H.M.D.R.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 27 AÑOS

Ocupación: IMSS.

ORIGEN: (NO REPORTADO)

RESIDE: DF.

FECHA DE ESTUDIO: 06-02-84

DX: NEVO EN PLIEGUE SEMILUNAR Y LIMBO OI.

AMF: NO REPORTADOS

APNP: NO REPORTADOS

APP: NO REPORTADOS.

FA: LO INICIA HACE UN AÑO AL OBSERVAR TUMOR PIGMENTADO
OI EN CARÚNCULA; ASINTOMÁTICO, CRECIMIENTO LENTO.

SIN TRATAMIENTOS PREVIOS.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: AV: OD: 20/20 OI: 20/20

OI: LESIÓN PIGMENTADA CONJUNTIVA BULBAR EN PLIEGUE SEMILUNAR 2 X 2 MM, SIN CARACTERÍSTICAS ESPECIALES; EN LIMBO, M DE LAS III OTRA LESIÓN PIGMENTADA 2 X 1 MM CON PEQUEÑOS VASOS EN SU SUPERFICIE, NO FIJA A PLANOS PROFUNDOS; INTERESA CórNEA PERIFÉRICA SUPERFICIALMENTE. FO: NORMAL.

DX: CLINICO: NEVO EN PLIEGUE SEMILUNAR Y LIMBO OI.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN BIOPSIA 25-02-84 SIN ACCIDENTES, QUERATECTOMÍA LAMELAR.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: 05-03-84: NEVO LENTIGINOSO, LÍMITES QUIRÚRGICOS SIN LESIÓN.

EVOLUCION:

05-04-84: ASINTOMÁTICA. CICATRIZ GRANDE OI CON FORMACIÓN DE PTERIGIÓN.

25-10-84: SIN AT.

CASO # 21

NOMBRE: B.C.O.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 40 AÑOS

ORIGEN: DF

RESIDE: DF

OCUPACIÓN: HOGAR

ESCOLARIDAD: 4 AÑOS COMERCIO INGLÉS-ESPAÑOL.

Dx: PAPILOMA CONJUNTIVAL OI.

AHF: ABUELO PATERNO PROBABLE CHAN, ABUELA PATERNA FALLECIDA POR HEPATOPATÍA INESPECIFICADA. ABUELA MATERNA FALLECIDA POR COLECISTITIS, ABUELO MATERNO FALLECIDO POR HERIDA DE PAF.

APNP: FUMA 5 CIGARRILLOS DIARIOS DESDE LOS 13 AÑOS DE EDAD, NIEGA ALCOHOLISMO; HABITACIÓN EN ÓPTIMAS CONDICIONES, BUENA ALIMENTACIÓN, BAÑO DIARIO.

APP: SARAMPIÓN, VARICELA, AMIGDALITIS, APENDICITIS, THROMBOSIS MUSLO DERECHO, AMIGDALECTOMÍA A LOS 5 AÑOS DE EDAD, APENDICECTOMÍA A LOS 18 AÑOS DE EDAD. TRASFUNDIDA DOS VECES POR ANEMIA. BIOPSIA EXCISIONAL MAMA IZQUIERDA RESULTADO NEGATIVO.

PA: INICIA HACE DOS AÑOS AL PRESENTAR NEOFORMACIÓN CONJUNTIVAL EN FÓRNIX INFERIOR DE LENTO CRECIMIENTO; ASINTOMÁTICA; HACE UN MES CRECE CON MAYOR RAPIDEZ; PRURITO, SANGRADO OCASIONAL, ESCASA SECRECIÓN CONJUNTIVAL.

TRATAMIENTOS PREVIOS: INTERVENIDA HACE 4 AÑOS FUERA DEL IMSS POR TUMOR CONJUNTIVAL.

EF: CARIES. LENGUA SABURRAL; MAMAS CON CICATRIZ ANTIGUA EN LA IZQUIERDA; CICATRIZ EN FID, APENDICECTOMÍA. VÍVICES ABDOMINALES, LEVE EDEMA MPD (MIEMBRO PÉLVICO DERECHO) X INSUFICIENCIA VENOSA.

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA:

AV: OD: 20/80 (.) 20/40 OI: 20/30 (.) 20/20

OD: PIGMENTACIÓN DIFUSA INTERNA; PIGMENTACIÓN SIMÉTRICA AO.
OI: TUMOR ASPECTO DE FRESA EN FÓRNIX INFERIOR, PEDICULADO, BORDES IRREGULARES, ASPECTO GRANULAR, MÓVIL; FO: NORMAL.

LABORATORIO:

27-05-84: Hb 11.9, Ht 38.0, Qs y EGO NORMALES.

RADIOLOGÍA: Tx NORMAL 02-02-84.

CITOLOGÍA EXFOLIATIVA: 07-02-84: ALTERACIONES CELULARES DE DISPLASIA SEVERA.

DX CLÍNICO: PAILOMA DE FONDO DE SACO CONJUNTIVAL INFERIOR OI.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN-BIOPSIA 28-02-84 SIN ACCIDENTES.

REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO: PAILOMA CONJUNTIVAL 05-03-84.

EVOLUCIÓN: 05-03-84: MÍNIMOS SIGNOS INFLAMATORIOS.

CASO # 22

NOMBRE: M. M. J.

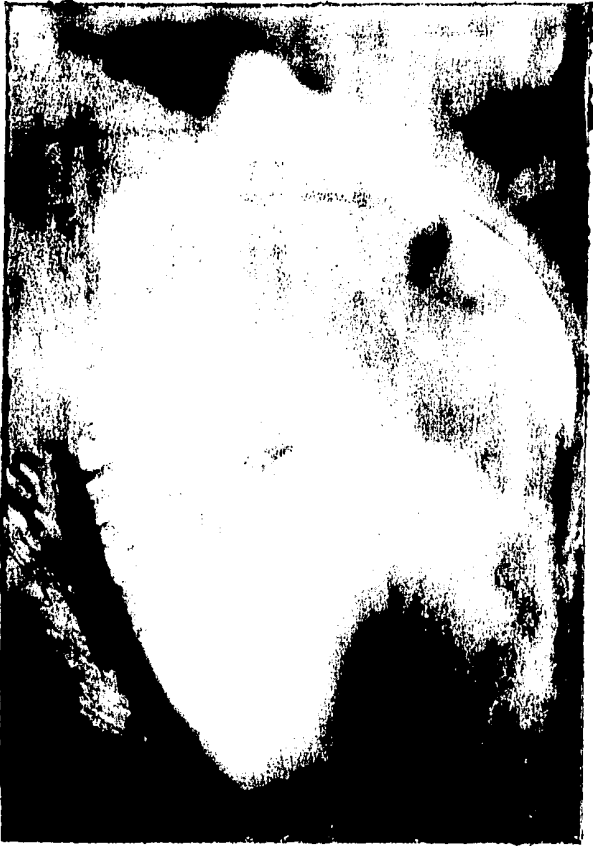
SEXO: MASCULINO

EDAD: 63 AÑOS

ORIGEN: EDO. DE COAHUILA.

RESIDE: DF, DESDE HACE 35 AÑOS.

OCCUPACIÓN: GERENTE DE FÁBRICA DE ZAPATOS.



CASO # 22 -

ESCOLARIDAD: VI DE PRIMARIA.

FECHA DE ESTUDIO: 13-11-78.

DX: PAPILOMA ESCAMOSO CONJUNTIVAL OI RECIDIVANTE.

AHF: PADRE FALLECIDO POR CA BRONCÓGENICO; MADRE FALLECIDA POR PIQUETE DE INSECTO; HERMANO FALLECIDO POR CHAN, OTRO FALLECIDO POR ENTERITIS; UN HERMANO HIPERTENSO; ESPOSA DIABÉTICA.

ANPN: CASA AMPLIA, TODOS LOS SERVICIOS, BUENA ALIMENTACIÓN, TABQUISMO DURANTE DIEZ AÑOS, 3-4 CIGARRILLOS DIARIOS, ALCOHOLISMO LEVE.

APP: POLIOMIELITIS EN LA INFANCIA, CON SECUELAS; HEPATITIS A LOS 22 AÑOS; CHANGRO A LOS 22 AÑOS, TRATADO CON NEOSALVAR-SÁN.

PA: DE SEIS MESES DE EVOLUCIÓN, POR MASA CONJUNTIVAL BULBAR LADO IZQUIERDO, CRECIMIENTO LENTO, ESCOZOR OCASIONAL.

EF: DESVIACIÓN DE ARTICULACIONES DE RODILLAS Y METATARSO-FALÁNGICAS DE AMBOS MI'S. ATROFIA MUSCULAR, MARCHA CLAUDICANTE.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA:

AV: 20/20 AC. OI: CONJUNTIVA BULBAR TEMPORAL MASA DE 9 X 6 X 7 MM, ROSADA, VASCULARIZADA, INDOLORA. FO: ANGIOESCLEROSIS. TIO: NORMAL.

LABORATORIO: 07-11-78: Hb 16.1, HT 50.2, TP 90%,

RADILOGIA: 12-07-83: Tx NORMAL.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA: CLASE II.

DX CLINICO: PAPILOMA VS CA EPIDERMIOIDE DE CONJUNTIVA.

TRATAMIENTO:

01-12-78: EXCISIÓN-BIOPSIA.

09-12-80: NUEVA EXCISIÓN POR RECIDIVA.

13-07-83: NULVA RECIDIVA, EXCISIÓN AMPLIA CON INJERTO DE MUCOSA ORAL.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO:

05-12-78, 11-12-80, 19-07-83: PAPILOMA CONJUNTIVAL ESCAMOSO OI.

EVOLUCION: 04-04-84: NO HAY RECIDIVA NI AT

01-08-84: SIN AT.



- CASO # 22 -

CASO # 23

NOMBRE: V.S.E.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 46 AÑOS

ORIGINARIO: DF

RESIDENTE: DF

OCUPACIÓN: HOGAR

ESCOLARIDAD: V DE PRIMARIA

FECHA DE ESTUDIO: 09-02-84

DX: NEVO INTRADÉRMICO PIGMENTADO OI CARUNCULAR.

AHF: ABUELOS IGNORA, MADRE CON HTA, CONTROLADA; PADRE FALLECIDO, IGNORA CAUSAS; HERMANO ARTRÍTICO DESDE LOS 50 AÑOS DE EDAD HIJA DE 12 AÑOS CON SOPLO CARDÍACO FUNCIONAL.

APNP: HABITACIÓN EN BUENAS CONDICIONES, BUENA ALIMENTACIÓN, FUMA 15 CIGARRILLOS DIARIOS, NIEGA ALCOHOLISMO.

APP: AMIGDALITIS DE REPETICIÓN EN LA INFANCIA; AMIGDALECTOMÍA A LOS 6 AÑOS DE EDAD; GASTRITIS DESDE HACE 2 AÑOS, ALÉRGICA A LA PENICILINA.

PA: DESDE HACE UN AÑO, NOTA PEQUEÑO AUMENTO DE VOLUMEN EN CARÚNCULA OI.

EE: ADENOPATÍA CERVICAL SUBMAXILAR.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: NOTA AUMENTO DE VOLUMEN DE CARÚNCULA DEL OI DESDE HACE UN AÑO.

LABORATORIO: 19-01-84: HB 13.0, HT 40.4, TP 82%, QS Y EGO NORMALES.

RADIOLOGIA: TX NORMAL 23-01-84.

DX CLINICO: NEVO CARUNCULAR.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN BIOPSIA 03-04-84.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: 12-03-84: NEVO INTRADÉRMICO PIGMENTADO, BORDES LIBRES.

EVOLUCION: 09-04-84: SIN AT.

07-06-84: SIN AT.

CASO # 24

NOMBRE: R.H.A.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 74 AÑOS

RESIDENTE: DF

Ocupación: CONTADOR PÚBLICO

FECHA DE ESTUDIO: 07-03-84

DX: PAPILOMA CONJUNTIVA BULBAR OD.

AHF: IGNORA.

APNP: BUENAS CONDICIONES HIGIÉNICAS DE SU CASA; MALA ALIMENTACIÓN, TABAQUISMO HASTA HACE 9 AÑOS, ESCASO ALCOHOLISMO.

APP: PROPIOS DE LA INFANCIA, SIN SECUELAS. HERBIA INGUINAL INDIRECTA DERECHA REDUCTIBLE. EN TRATAMIENTO POR ENFERMEDAD ACIDOPÉPTICA.

PA: INICIA SEGÚN EL PACIENTE SECUNDARIO A TRAUMATISMO DIRECTO EN GLOBO OCULAR OD, CON INFLAMACIÓN, DOLOR Y LAGRIMEO. TRATAMIENTOS PREVIOS: CA EPIDERMÓIDE DE MEJILLA IZQUIERDA AGOSTO 82, OPERADO, ACTUALMENTE SIN AT.

EF: BOLSA ESCROTAL OCUPADA POR HERNIA INGUINAL, SIN COMPROMISO CIRCULATORIO.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA:

AV: OD: 20/200 (.)20/50 OI: 20/200 (.)20/50

OD: TUMOR DE BORDES IRREGULARES, SUPERFICIE IRREGULAR, VASCULARIZADO, COLOR ROSADO, ASPECTO DE FRESA. INVADEN PERIFERIA EN PERIFERIA SECTOR TEMPORAL. FO: ANGIOESCLEROSIS.

LABORATORIO: 13-08-82: Hb 15.8, HT 47.6, TP 100%, EGO, QBS NORMALES.

RADIOLOGIA: Tx NORMAL 27-02-84.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA: 07-03-84: CLASE II.

DX CLINICO: PAPILOMA CONJUNTIVA BULBAR OD.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN-BIOPSIA 15-05-84.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: 21-05-84: PAPILOMA DE CONJUNTIVA COMPLETAMENTE EXTIRPADO.

EVOLUCION: 30-07-84: ASINTOMÁTICO OCULAR. HIPEREMIA CONJUNTIVAL SIMPLE. 22-10-84: ALTA A SU CASA DE TUMORES MIXTOS POR HEPATOCARCINOMA; FTO (FUERA DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO).

CASO # 25

NOMBRE: T.V.F.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 67 AÑOS

ORIGINARIA: ARANDAS, JAL.

RESIDENCIA: DF DESDE HACE 34 AÑOS.

OCCUPACIÓN: HOGAR

ESCOLARIDAD: NULA.

FECHA DE ESTUDIO: 17-01-79

DX: PAPILOMA CORNEAL OD.

AMF: MADRE FALLECIDA POR NEFROPATÍA INESPECIFICADA. PADRE FALLECIDA POR TCE (TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFÁLICO); TÍO PATERNO FALLECIDO POR CA GÁSTRICO; SOBRINA FALLECIDA POR CACU; ESPOSO FALLECIDO POR APENDICITIS.

AMP: MSE MEDIO BAJO, HÁBITOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS REGULARES; INIEGA TOXICOMANÍAS, INMUNIZADA CON ANTIVARIOLOSA.

AP: ERUPTIVAS PROPIAS DE LA INFANCIA; TRAUMA HACE 10 AÑOS, USA APARATO ORTOPÉDICO. GESTA 2, PARA 7, ABORTOS 1; ESPOSO NO CIRCUNCIDADO; FUR HACE 24 AÑOS.

PA: PARÁLISIS FACIAL POSTOPERATORIA DE RESECCIÓN DE MELANOMA DE MEJILLA IZQUIERDA NIVEL IV DE CLARK; EXCISIÓN EL DÍA 26-12-78 CON LAGOSTALMO 01, EDEMA CONJUNTIVAL. LESIÓN OD.

TRATAMIENTOS PREVIOS: 28-08-75: CACU IN SITU, RADIUM INTRACAVITARIO Y BIOPSIA. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.

EF: CÉRVIX FRIABLE, SANGRANTE, ZONAS SOSPECHOSAS DE MALIGNIDAD EN CÉRVIX (26-05-75).

LAF: EXAMEN OFTALMOLÓGICO: AV: OD: 20/40 OI: 20/50. OD CON LESIÓN LÍMBICA M DE LAS IV, QUE PUEDE CORRESPONDER A CA INTRAEPITELIAL DE CONJUNTIVA. OI CON QUEMOSIS, SIN SIGNOS DE DESEPITELIZACIÓN.

LABORATORIO: 31-10-84: HB 15.3, HT 46.5, GLUCEMIA 100, UREA 29, EGO NORMAL.

RADIOLOGÍA: TX NORMAL 03-12-83

CITOLOGÍA EXFOLIATIVA: 19-01-79: ESCASAS ATIPIAS CELULARES SUGESTIVAS DE PAPILOMA.

DX CLÍNICO: LESIÓN QUE PUEDE CORRESPONDER A CA INTRAEPITELIAL VS. PAPILOMA.

TRATAMIENTO: PLASTIA PALPEBRAL 05-07-79 (TARSORRAFIA).

16-04-80: YA NO HAY EXPOSICIÓN.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO:

08-12-78: (PIEL DE MEJILLA) MELANOMA NODULAR NIVEL IV
DE CLARK, LÍMITES LIBRES, PERO A 0.3 MM.

14-02-84: PAPILOMA CORNEAL.

EVOLUCIÓN: 07-02-84: EXCISIÓN DE PAPILOMA CONJUNTIVAL OD.
ANESTESIA LOCAL, SIN ACCIDENTES.

26-04-84: CV: OD: 20/40 OI: 20/50
SIN AT. LAGOSTALMOS OI.

20-10-84: SIN AT.

CASO # 26

NOMBRE: G.S.C.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 47 AÑOS

ORIGINARIO: TATAMOROS, TAMPS.

RESIDENTE: NAUCAPAN, ESTADO DE MÉXICO, X 9 AÑOS.

OCCUPACIÓN: LICENCIADO EN DERECHO DEL IMSS.

FECHA DE ESTUDIO: 07-03-84.

DX: FIBROMIXOMA CONJUNTIVAL OD.

AHF: ABUELA MATERNA FALLECIDA POR QUEMADURAS; PADRE DIA-
BÉTICO, FALLECIDO POR AVC (ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL);
UN HIJO CON PROBABLE PCI (PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL) POR
HIPOXIA NEONATAL.

MPNF: TABAQUISMO POSITIVO, 1-2 CIGARRILLOS DIARIOS; ALCOHO-
LISMO OCASIONAL; HÁBITOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS ADECUADOS.

APP: AMIGDALECTOMÍA A LOS 30 AÑOS DE EDAD, ADENECTOMÍA
MAMARIA IZQUIERDA POR GINECOMASTIA EL 14-10-83.

PA: DESDE HACE 3 AÑOS, NEOFORMACIÓN QUISTICA CONJUNTIVAL
BULBAR NASAL DEL OD, CRECIMIENTO LENTO, ASINTOMÁTICO.

EF: ADENOPATÍA SUPRACLAVICULAR INFLAMATORIA. TUMOR EN MAMA
IZQUIERDA 2 X 3 CM 20-09-83.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: AV: 20/20 AO. OD: QUISTE SUB-
CONJUNTIVAL O SUBTENONIANO OD, DE APROX 4 X 4 MM, NO FIJO
A PLANOS PROFUNDOS; ASPECTO QUISTICO, BLANDO, INDOLORO.
PINGÜECULA INTERNA OI.

LABORATORIO: 23-03-83: HB 17.2, HT 51.3, TP 100%, QS NORMAL
GLUCOSA 92, UREA 35, EGO NORMAL.

RADIOLOGÍA: 20-09-83: TERMOGRAFÍA DE MAMA SOSPECHOSA.

DX CLÍNICO: QUISTE CONJUNTIVAL.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN BIOPSIA 27-03-84

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: 30-03-84: FIBROMIXOMA Y QUISTOS
ATÍPICOS CONJUNTIVALES.

EVOLUCIÓN: 02-05-84: LEVE HIPERMIA. SIN AT.

27-03-84: SIN AT.

CASO # 27

NOMBRE: T.R.M.A.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 66 AÑOS

ORIGINARIO: PUEBLA, PUE.

RESIDENCIA: MÉXICO DF, DESDE HACE 65 AÑOS

Ocupación: MÉDICO CIRUJANO.

FECHA DE ESTUDIO: 23-03-84

DX: HIPERPLASIA LINFOIDE ATÍPICA OI.

AHF: PADRE FALLECIDO POR INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO; MADRE
FALLECIDA POR HEMORRAGIA CEREBRAL; UN HERMANO FALLECIDO
POR CAUSA DESCONOCIDA; PADRE ADEMÁS FUÉ DIABÉTICO; ONCOLÓ-
GICOS NEGADOS.

AFNP: M/SE MEDIO ALTO; BUENOS HÁBITOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS,
TABAQUISMO DESDE LOS 16 AÑOS DE EDAD HASTA HACE 16 AÑOS;
ALCOHOLISMO OCASIONAL; ALERGIA AL SOL; HEMORROIDECTOMÍA
HACE 5 AÑOS; ABSCESO SUBMAXILAR A LOS 2 AÑOS DE EDAD.

APP: SARAMPIÓN Y PAROTIDITIS A LOS 12 AÑOS DE EDAD, DISEN-
TERIA AMIBIANA EN 1936.

FA: DE DOS MESES DE EVOLUCIÓN, CON AUMENTO DE VOLUMEN DE
CONJUNTIVA BULBAR OI HACIA CANTO INTERNO, DE 10 MM DE
DIÁMETRO; SE EXTIENDE HACIA FONDO DE SACO.

EF: PRÓSTATA CON LEVE AUMENTO DE VOLUMEN.

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA: CV: OD: 20/200 OI: 20/25.

LEVE AUMENTO DE VOLUMEN PÁRPADO INFERIOR, POR RECHAZO
DE INFILTRACIÓN CONJUNTIVAL EN TODO EL FONDO DE SACO INFE-
RIOR IZQUIERDO; TUMOR ROSADO LISO; PTERIGIÓN INTERNO.

OPACIDADES CRISTALINIANAS INCIPIENTES.FO: ANGIOESCLEROSIS.

LABORATORIO: 10-04-84: Hb 16.6, Ht 49.4, 50% LINFOCITOS, 5 500 LEUCOCITOS.

18-04-84: EGO, QS, COLESTEROL, PROTEÍNAS, TSGO, TSGP, DHL, CA, P, AC. ÚRICO, NORMALES.

RADIOLÓGIA:

30-04-84: UROGRAFÍA EXCRETORA, NORMAL.

26-04-84: SERIE ÓSEA METASTÁSICA SIN DATOS DE INFILTRACIÓN TUMORAL ÓSEA.

04-04-84: Tx NORMAL.

DX CLÍNICO: INFILTRACIÓN DE LINFOMA A CONJUNTIVA OI.

TRATAMIENTO: VIGILANCIA POR HEMATOLOGÍA. EXCISIÓN BIOPSIA ANEST. LOCAL. 29-06-84.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: 30-03-84: HIPERPLASIA LINFOIDE.

17-04-84: HIPERPLASIA LINFOIDE ATÍPICA.

22-11-84: NEOPLASIA ESTABLE. OBSERVACIÓN.

CASO # 28

NOMBRE: G.U.G.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 72 AÑOS

ORIGINARIO: DF

RESIDE: ESTADO DE MÉXICO.

Ocupación: TRAILERO.

ESCOLARIDAD: NULA.

FECHA DE ESTUDIO: 14-03-84

Dx: HIPERPLASIA SEBÁCEA SENIL OI CARUNCULAR (GRANULOMA)

AHF: ESPOSA DIABÉTICA, PADRE FALLECIDO POR CA PULMONAR.

AFNP: ALIMENTACIÓN REGULAR; FUMA MEDIA CAJETILLA DE CIGARRILLOS DIARIA; ALCOHOLISMO POSITIVO DESDE LOS 25 AÑOS DE EDAD; TRABAJÓ EN LA CFE.

AFI: INFECCIÓN ESCROTAL HACE 4 AÑOS; AL PARECER SÍ INFECCIÓN; CUADROS AMIBIANOS FRECUENTES.

PA: NOTA HACE UN AÑO TUMOR CARUNCULAR OI INDOLORO, NO SANGRANTE, SIN LAGRIMEO, ROJIZO.

EF: NO REPORTADA

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: AV: OD: 20/50() 20/40

OI: 20/30 Nta. TUMOR CARUNCULAR OI DE 4 X 4 X 4 MM DE DIÁ-

METRO, EN FORMA DE LENGÜETA, VASCULARIZADA, NO DOLOROSA.

AUMENTO DE DENSIDAD NUCLEAR CRISTALINIANA AO.

LABORATORIO:

09-03-84: Hb 17.6, Ht 55.0, LEUCOCITOS 6 000, PLAQUETAS
275 000, TTP (TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL)
29"/25"; LGO, QS, COLESTEROL, NORMALES.

RADIOLOGÍA: 09-03-84 PLACA DE TX TÉCNICAMENTE DEFICIENTE.

CITOLOGÍA EXFOLIATIVA: 16-03-84: CLASE I CONJUNTIVA OI.

DX CLÍNICO: QUISTE DE CARÚNCULA OI.

TRATAMIENTO: 10-04-84: EXCISIÓN-BIOPSIA.

REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO: HIPERPLASIA SEBÁCEA SENIL
CONJUNTIVAL OI 17-04-84.

EVOLUCIÓN:

03-05-84: BUENA EVOLUCIÓN, MÍNIMOS SIGNOS INFLAMATORIOS.

01-11-84: SIN AT.

CASO # 29

NOMBRE: R.H.J.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 83 AÑOS

ORIGINARIO: ESTADO DE GUANAJUATO.

RESIDE: ESTADO DE MÉXICO.

OCCUPACIÓN: CAMPESINO

FECHA DE ESTUDIO: 16-05-84

DX: CA EPIDERMÓIDE CONJUNTIVA BULBAR OI.

AHF: PADRE FALLECIDO, SE IGNORA CAUSA; MADRE FALLECIDA POR
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS; CUATRO HERMANOS FALLECIDOS, SE
IGNORA CAUSA; UN HERMANO VIVO SANO, DIEZ HIJOS, 3 CON VÁRICES
EN MI'S; "MUCHOS" NIETOS, APARENTEMENTE SANOS.

APNP: RELIGIÓN CATÓLICA. CASA PROPIA, AGUA POTABLE, ELECTRI-
CIDAD; SIN BAÑO, SIN DRENAJE, FOSA SÉPTICA; DOS RECÁMARAS, TRES
PERSONAS, NO ANIMALES DOMÉSTICOS; BAÑO CADA TERCER DÍA,
CAMBIO DE ROPA CADA 8 DÍAS; NO ASEO BUCAL; DOS COMIDAS AL
DÍA, DEFICIENTES CALIDAD Y CANTIDAD; NO TOXICOMANÍAS.

APF: AMIGDALITIS OCASIONAL; DIARREAS OCASIONALES; RETENCIÓN AGUDA DE ORINA EN AGOSTO-83 POR PROSTATISMO, CON SONDA DE FOLEY A PERMANENCIA; TOS CRÓNICA; EXPECTORACIÓN BLANQUECINA MATUTINA.

PA: LO INICIA HACE SEIS MESES; TUMOR EN CONJUNTIVA BULBAR NASAL OI, DE RÁPIDO CRECIMIENTO; LAGRIMEO, HIPEREMIA, SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO.

EE: BOCA SUCIA, CARIES DE III GRADO, PERIODONTITIS, HIPEREMIA FARÍNGEA. CONGLOMERADO GANGLIONAR SUBMAXILAR DE CARACTERES METASTÁSICOS, DE 8 CM DE DIÁMETRO, DUREZ, NO DOLOROSOS, MÓVILES, LOBULADOS; ADENOMEGALIAS CADENA YUGULAR INTERNA; ADENOPATÍAS EN CUELLO DERECHO, ÁNGULO MAXILAR INFERIOR; HUECO SUPRACLAVICULAR. ADENOPATÍA AXILAR IZQ., 3 CM, CARACTERES INFLAMATORIOS.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA:

AV: OD: 20/60

OI: PL (PERCIBE LUZ)

DEFORMACIÓN DE HENDIDURA PALPEBRAL OI; TUMOR EN SECTOR NASAL EN CONJUNTIVA, DE 1.5 CM DIÁMETRO, QUE DESPLAZA LOS PÁRPADOS HACIA AFUERA. REFLEJOS PUPILARES OD PRESENTES, OI CASI IMPERCEPTIBLES. MOVILIDAD OCULAR LIMITADA POR EL VOLUMEN DEL TUMOR; BM: OD: CON HUBÉCULA EN SECTOR INTERNO, OPACIDADES CRISTALINIANAS; OI: TUMOR EN CONJUNTIVA BULBAR QUE INTERESA CANTO INTERNO Y AMBOS FONDOS DE SACO, DE APROX. 20 X 14 MM; COLOR BLANCO ROSADO, LOBULADO, VASOS EN SU SUPERFICIE, FIJO A PLANOS PROFUNDOS; CUBRE PARCIALMENTE EL LIMBO EN SECTOR NASAL; DE CONSISTENCIA MEDIA. Córnea TRANSPARENTE; OPACIDADES CRISTALINIANAS. FO: ANGIOPATÍA ANGIOESCLEROSA; OI: PÁPILA CON GRAN EXCAVACIÓN, AL PARECER HEMORRAGIA SUBRETINIANA.

LABORATORIO:

03-07-84: Hb 14.3, HT 43.4, UREA 39, GLUCOSA 166, ÁC. ÚRICO 3.2, NA 137, K 4.2, CL 100.

29-06-84: EGO: PIURIA, HEMOGLOBINURIA, ERITROCITURIA; CREATININA 1.6.

RADIOLUGIA: Tx 26-06-84: BRONQUITIS CRÓNICA, CARDIOPATÍA ATEROSCLEROSA.

CITOLOGÍA EXFOLIATIVA: 21-05-84: CÉLULAS DE CA EPIDERMÓIDE BIEN DIFERENCIADO, CLASE V.

DX CLINICO: CA EPIDERMOIDE CONJUNTIVA BULBAR OI.

TRATAMIENTO: VACIAMIENTO ORBITARIO OI CON INJERTO LIBRE DE PIEL 04-07-84.

HALLAZGOS QUIRURGICOS: TUMOR DE 3 CM QUE AFECTABA CONJUNTIVA Y PÁRPADO INFERIOR IZQUIERDO, AL PARECER RESPETANDO PERIOSTIO.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: 21-05-84: CA EPIDERMOIDE BIEN DIFERENCIADO.

EVOLUCION:

05-07-84: BUEN EDO, GRAL, ALTA HOSPITALARIA.

23-10-84: AT EN PISO ORBITARIO; ESTÁ EN RT.

CASO # 30

NOMBRE: M.M.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 61 AÑOS

FECHA DE ESTUDIO: 26-04-84.

ORIGINARIO: JILOTEPEC, EDO. MEX.

RESIDE: DF, DESDE HACE UN AÑO.

Ocupación: CAMPESIÑO

Dx: CA EPIDERMOIDE CONJUNTIVAL TARSAL INFERIOR OD INVASOR.

AHF: PADRES FALLECIDOS, SE DESCONOCE LA CAUSA; UN HERMANO FALLECIDO, SE DESCONOCE CAUSA; SIETE HIJOS SANOS.

APNP: MSE BAJO; MALA HIGIENE Y ALIMENTACIÓN; CASA CON TODOS LOS SERVICIOS.

APP: OPERADO DEL OD EN HOSPITAL PRIVADO "POR UNA ASTILLA".

PA: DE DOS AÑOS DE EVOLUCIÓN, YA Dx DE CA EPIDERMOIDE INVASOR BIEN DIFERENCIADO; CIRUGÍA DE PÁRPADO INFERIOR OD HACE 16 MESES.

EF: GRAN TUMORACIÓN OD. MALA HIGIENE ORAL. RESTO SIN ALTERACIONES.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA:

AV: OD: PPL (PERCIBE Y PROYECTA LUZ); OI: 20/40 ("E's")

OD: TUMOR EN PÁRPADO INFERIOR Y CONJUNTIVA TARSAL, IRREGULAR, OVOIDE, 4 X 3 CM, ULCERADO, CONSISTENCIA PÉTREA, FIJA A PLANOS PROFUNDOS, INFILTRA PIEL; EDEMA PÁRPADO SUPERIOR, ERITEMA;

OI: NORMAL. OD: Córnea opaca, OJO FIJO, DESPLAZADO A SECTOR SUPEROEXTERNO; QUEMOSIS CONJUNTIVAL; NO HAY PUNTO LAGRIMAL INFERIOR.

LABORATORIO:

17-05-84: GLUCOSA 96, UREA 27.

18-05-84: Hb 15.9, HT 47.0

04-07-84: CULTIVO DE SECRECIÓN PURULENTO CAVIDAD ORBITARIA
FÍSTULA NASAL IZQUIERDA: ESCHERICHIA COLI.

RADIOLOGIA:

17-04-84: Tx: ENFISEMA, BRONQUITIS CRÓNICA, GRANULOMA EN BASE DERECHA.

SPN: AUMENTO DE DENSIDAD DE TEJIDOS BLANDOS DE ÓRBITA DERECHA, BORRAMIENTO DE HENDIDURA ESFENOIDAL DERECHA POR POSIBLE DESTRUCCIÓN DE LA MISMA.

DX CLINICO: CA ESPINOCELULAR CONJUNTIVAL INVASOR OD.

TRATAMIENTO: VACIAMIENTO ORBITARIO 18-05-84.

HALLAZGOS QUIRURGICOS: SE CONFIRMAN LOS HALLAZGOS RADIO-LÓGICOS DE DESTRUCCIÓN DE PARED INTERNA Y PARTE DE LA EXTERNA.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: CA EPIDERMÓIDE BIEN DIFERENCIADO DE CONJUNTIVA TARSAL INFERIOR, INVASOR A TEJIDOS BLANDOS DE PÁRPADO INFERIOR, PISO ORBITARIO, VÉRTICE Y MÚSCULOS EXTRAOCULARES; LÍMITE QUIRÚRGICO DE NO (NERVIO ÓPTICO) SIN TUMOR.

EVOLUCION: 13-06-84: ASINTOMÁTICO, BUENA CICATRIZACIÓN.

26-11-84: SIN AT.

CASO # 31

NOMBRE: C.W.F.J.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 57 AÑOS

ORIGEN: SAN LUIS POTOSÍ.

RESIDE: DF DESDE HACE 47 AÑOS.

Ocupación: INSTALADOR, CFE.

ESCOLARIDAD: 10. DE ING. AGRÓNOMO

FECHA DE ESTUDIO: 07-04-84

Dx: CA BASOCELULAR CONJUNTIVAL OD

AHE: PADRE FALLECIDO POR CIRROSIS HEPÁTICA HACE 45 AÑOS;
MADRE FALLECIDA, CARDIÓPATA CON MARCAPASO; DOS HERMANAS Y
UN HERMANO SANOS; ESPOSA Y CUATRO HIJOS SANOS.

APNP: TRABAJÓ 9 AÑOS COMO CHOFER DE AMBULANCIA; BRACERO EN
LOS EEUU POR 10 AÑOS; TRABAJÓ EN EL FERROCARRIL; NO TABA-
QUISMO NI ALCOHOLISMO; CATÓLICO.

APP: HIPERTENSO DESDE HACE 13 AÑOS, EN CONTROL POR CARDIO-
LOGO.

PA: NEOFORMACIÓN CONJUNTIVAL OD DE DOS MESES DE EVOLU-
CIÓN; CRECIMIENTO RÁPIDO; SENSACIÓN DE CE Y DOLOR.

EF: DIASTASIS MÚSCULOS RECTOS ANTERIORES DEL ABDOMEN, DE
1 CM AL ESFUERZO. NO ACEPTÓ TACTO RECTAL.

EXPLORACION OFTALMOLÓGICA:

CV: OD: 20/20 OI: 20/25 TUMOR OD LÍMBICO M DE LAS
IX, 3 MM DE DIÁMETRO, BLANQUECINO; BM: NODULAR, VEGETANTE
"COLIFLOR" (SIC), VASOS EN SU SUPERFICIE. OI CON PINGÜECULA
Y RESTO NORMAL.

LABORATORIO: 04-04-84: HB 20.3, HT 57.4; GLUC 115, UREA 43,
CREATININA 1.9, EGO NORMAL.

RADIOLOGIA: Tx 06-04-84: AORTOESCLEROSIS, BRONQUITIS CRÓ-
NICA; NÓDULO DEBAJO DE V ARCO
COSTAL; DESCARTAR PEZÓN.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA: 12-04-84: CLASE II; ALTERACIONES
SUGERENTES DE PAPILOMA.

DX CLINICO: GRANULOMA CONJUNTIVAL, DESCARTAR MALIGNIDAD.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN-BIOPSIA 22-05-84.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: TUMOR CONJUNTIVAL; CA BASOCE-
LULAR TIPO SÓLIDO CON ÁREAS QUE-
RATÓTICAS; AMPLIAMENTE EXTIRPADO.

EVOLUCION:

25-06-84: MÍNIMOS FENÓMENOS INFLAMATORIOS, SIN SECRECIONES
ANORMALES NI AT.

13-08-84: NO AT.

CASO # 32

NOMBRE: V.P.G.

SEXO: MASCULINO.

EDAD: 27 AÑOS.

ORIGEN: DF(?)

RESIDE: DF.

OCUPACIÓN: MÉDICO.

ESCOLARIDAD: MÉDICO.

FECHA DE ESTUDIO: 16-04-84

DX: PAPILOMA CONJUNTIVA BULBAR OI.

AH: DESCONOCE SOBRE ABUELOS; PADRES SANOS; HERMANOS, UN HOMBRE Y DOS MUJERES SANOS; NIEGA COLATERALES.

APNP: MSE MEDIO; BUENA ALIMENTACIÓN; VIVE CON SUS PADRES; CASA CON TODOS LOS SERVICIOS, ; ALCOHOLISMO OCASIONAL, FUMA 4 CIGARRILLOS DIARIOS.

APP: NEGADOS.

PA: DESDE HACE 4 MESES, PEQUEÑO TUMOR EN CONJUNTIVA BULBAR OI, DE CRECIMIENTO LENTO, SENSACIÓN DE CE.

EF: TRAUMA ANTIGUO EN PIRÁMIDE NASAL; OBESO.

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA:

CV: OD: 20/20 OI: 20/20

OI: HIPEREMIA +, TUMOR DE 6 X 5 MM, PEDICULADO, COMO COLIFLOR (SIC), COLOR FRESA, RESTO NORMAL.

LABORATORIO: 08-05-84: Hb 16.6, HT 50.8, TTP 33", GLUC 100, UREA 27, EGO NORMAL.

RADIOLOGÍA: TX NORMAL 11-05-84

DX CLÍNICO: PAPILOMA CONJUNTIVA BULBAR OI.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN-BIOPSIA 22-05-84.

REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO: 28-05-84: PAPILOMA DE CONJUNTIVA, QUISTE EPIDÉRMICO DE INCLUSIÓN, BORDES LIBRES.

EVOLUCIÓN: 11-06-84: ASINTOMÁTICO, SIN AT.

CASO # 33

NOMBRE: K.K.F.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 23 AÑOS

ORIGEN: DF

RESIDE: DF

OCUPACIÓN: ESTUDIANTE.

ESCOLARIDAD: III DE SECUNDARIA.

FECHA DE ESTUDIO: 17-03-80

DX: PAPILOMATOSIS CONJUNTIVAL RECIDIVANTE.

RELIGIÓN: CATÓLICO.

AHF: PADRE Y MADRE VIVOS Y SANOS; 4 HERMANOS SANOS, UNO SORDOMUDO. ABUELO MATERNO DIABÉTICO CONTROLADO.

APNM: SORDOMUDO; DESARROLLO MOTOR NORMAL; ALCOHOLISMO Y TABAQUISMO NEGATIVOS. BUENA ALIMENTACIÓN.

APP: SARAMPIÓN Y ESCARLATINA A LOS 2 AÑOS; BRONQUITIS FRECUENTES; AMIGDALITIS; DOS CRUCÍAS DE OÍDO IZQUIERDO A LOS 3 Y MEDIO Y SIETE AÑOS DE EDAD; QUEMADURA DE PIERNA IZQUIERDA A LOS 10 AÑOS DE EDAD, CON INJERTO DE PIEL.

PA: REFIERE LA MADRE QUE SE LE HA INTERVENIDO 4-5 VECES POR PAPILOMAS, AL PARECER LIMITADOS A CONJUNTIVA BULBAR OI QUE HAN RECIDIVADO.

EF: SECUELAS DE QUEMADURAS EN AMBOS MI'S, MUSLO DERECHO Y TODO EL MI'ZO., SÓLO EN PARTE POSTERIOR E INTERNA.

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA:

AO: AV: 20/30 NM PAPILOMAS CONJUNTIVALES TARSALES IZQUIERDOS, PROTRUYEN A TRAVÉS DE LA HENDIDURA PALPEBRAL. HAY TAMBIÉN EN CONJUNTIVA BULBAR. Córnea LIBRE, RESTO NORMAL.

LABORATORIO: 15-04-82: Hb 14.7, Ht 46.2, TP 100%, QS, EGO NORMALES.

RADIOLOGÍA: Tx NORMAL 03-06-80

Dx CLÍNICO: PAPILOMATOSIS CONJUNTIVAL RECIDIVANTE.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN BIOPSIA: 01-04-80

08-07-80

28-10-80

10-03-81

14-12-82

27-03-84

REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO:

PAPILOMA CONJUNTIVAL: 20-03-80

08-04-80

14-07-80

17-12-82

03-04-84

EVOLUCIÓN: 16-05-84: SIN AT.

15-11-84: SIN AT.

CASO # 34

NOMBRE: L.A.R.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 27 AÑOS

ORIGEN: DF

RESIDE: DF

OCCUPACIÓN: EMPLEADO REFACCIONARIA.

ESCOLARIDAD SECUNDARIA Y 10.COMERCIO.

FECHA DE ESTUDIO: 17-07-84

DX: NEVO CARÚNCULAR OD COMPUESTO PIGMENTADO;

AHF: PADRE IGNORA, MADRE SANA, ESPOSA SANA; DOS HIJOS SANOS.

APNP: MSE BAJO; BUENA HIGIENE, HABITACIÓN CON TODOS LOS SERVICIOS; BUENA ALIMENTACIÓN; TABAQUISMO NEGADO, ALCOHOLISMO SOCIAL; INMUNIZACIONES COMPLETAS.

APP: GONORREA HACE DOS MESES, TRATADA; FX PIERNA DERECHA, REDUCIDA QUIRÚRGICAMENTE.

PA: LO INICIA HACE 5 AÑOS AL OBSERVAR PIGMENTACIÓN PUNTIFORME EN CARÚNCULA DERECHA, DE LENTO CRECIMIENTO.

EF: MALA HIGIENE BUCODENTAL, OBESO; MUSLO IZQUIERDO ZONA DE TOMA DE INJERTO ANTIGUA.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA:

AV: 20/20 AO. . HIPEREMIA CONJUNTIVAL +, TUMOR PIGMENTADO EN CARÚNCULA, PLANO, CON PEQUEÑOS VASOS EN SU SUPERFICIE, DE 2 X 2 MM DE DIÁMETRO, RESTO NORMAL.

LABORATORIO: 13-07-84: EGO; Q.S. BH NORMALES.

HADIDLOGIA: Tx NORMAL.

DX CLINICO: NEVO EN CA-PUNCULA OD.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN -BIOPSIA 14-02-84.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO:

21-02-84 CARÚNCULA; PARA EL OD UN NEVO VITAL. NEVO COMPUESTO (INTRADÉRMICO, CON ACTIVIDAD DE UNIÓN) PIGMENTADO, TOTALMENTE ESCINDIDO.

EVOLUCION:

17-03-84: SIN SIGNOS INFLAMATORIOS NI AT.

17-07-84: NO AT.

CASO # 35

NOMBRE: M. O. P. M.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 54 AÑOS

ORIGEN: CULIACÁN, SIN.

RESIDE: DF

OCUPACIÓN: HERRERO SOLDADOR.

ESCOLARIDAD: I DE PRIMARIA.

FECHA DE ESTUDIO: 28-02-84

DX: PAPILOMA CONJUNTIVAL OI

AHF: ABUELOS IGNORA; PADRE FALLECIDO DURANTE COLECISTECTOMÍA; MADRE DIABÉTICA, FALLECIDA A LOS 74 AÑOS; POR INSUFICIENCIA RENAL. ESPOSA, HIJOS Y HERMANOS SANOS, RESTO NEGADO.

APNP: HABITACIÓN CON HACINAMIENTO Y PROMISCUIDAD; TODOS LOS SERVICIOS; BUENA ALIMENTACIÓN; TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO OCASIONALES; INMUNIZADO CON BCG Y ANTITETÁNICA.

APP: NEGADOS.

PA: INICIA HACE 4 MESES, AL PRESENTAR ARDOR, ESCOZOR, HIPEREMIA CONJUNTIVAL OI.

TRATAMIENTOS PREVIOS: COLIRIOS INESPECIFICADOS.

EF: BOCA CON ADONCIA PARCIAL.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA:

AV: 20/50() 20/25 AO. SA: OD NORMAL. ANEXOS, REFLEJOS, MOVILIDAD OCULARES NORMALES; OI: HIPEREMIA SIMPLE SECTOR TEMPORAL; CARACTERÍSTICAS INCIPIENTES DE PAPILOMA.

LABORATORIO: 16-01-84: Hb 18, HT 54.5, GLUC 95, UREA 26, EGO NORMAL.

RADIOLÓGIA: Tx 19-01-84: ENFISEMA Y BRONQUITIS CRÓNICAS, GRANULOMAS CALCIFICADOS EN AMBAS BASES, ATROSCLEROSIS AÓRTICA.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA: 15-05-84: CLASE II, ALTERACIONES CELULARES DE DISPLASIA MODERADA.

UX CLINICO: PROBABLE PAPILOMA CONJUNTIVAL.

TRATAMIENTO: OBSERVACIÓN.

EVOLUCION: 05-07-84: CARACTERES INCIPIENTES DE PAPILOMA; SE MANTENDRÁ EN OBSERVACIÓN.

07-12-84: CARACTERÍSTICAS FRANGAS DE PAPILOMA.

CASO # 36

NOMBRE: B.L.K.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 34 AÑOS

ORIGEN: DF

RESIDE: DF

Ocupación: CHOFER DE ÓMNIBUS

FECHA DE ESTUDIO: 28-06-84

DX: HEMANGIOMA CAPILAR CONJUNTIVAL OI.

AMF: MADRE Y HERMANA MAYOR DIABÉTICAS, DEMÁS HERMANOS SANOS.

ANPN: HA FUMADO 5 CIGARRILLOS DIARIOS DURANTE 10 AÑOS, ALCOHOLISMO OCASIONAL, BUENA ALIMENTACIÓN, CASA CON TODOS LOS SERVICIOS, BUENA HIGIENE, RESTO NEGADO.

APP: AMIGDALECTOMÍA A LOS 14 AÑOS DE EDAD, RUBÉOLA A LOS 25 AÑOS DE EDAD, APENDICECTOMÍA A LOS 21 AÑOS, VASECTOMÍA A LOS 31 AÑOS.

PA: INICIA HACE 4 AÑOS CON SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO Y ARDOR OI SIN CAUSA APARENTE.

EF: NORMAL.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA:

CV: OD: 20/20

OI: 20/30 DIF(.)20/30

OI: ENGROSAMIENTO CONJUNTIVAL BULBAR Y TARSAL, VASODILATACIÓN, HEMORRAGIAS, RESTO NORMAL.

LABORATORIO:

25-06-84: EGO NORMAL, GLUCOSA 84, UREA 32, HB 17.2, HT 50.3, .

RADIOLOGIA:

Tx 27-06-84: LOBULACIÓN DIAFRAGMÁTICA DERECHA, RESTO NORMAL.

DX CLINICO: HEMOLINFANGIOMA CONJUNTIVAL OI.

TRATAMIENTO:

EXCISIÓN-BIOPSIA 03-07-84.

REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO:

07-07-84: HEMANGIOMA CAPILAR.

EVOLUCION:

12-07-84: HIPEREMIA MÍNIMA; SE MANTENDRÁ EN OBSERVACIÓN. NO OPERABLE.

19-09-84: TUMOR ESTABLE. SENSACIÓN DE CE; PLANI VIGILANCIA PERIÓDICA.

CASO # 37

NOMBRE: H.J.L.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 45 AÑOS

ORIGINARIA: PÉNJAMO, GTO.

RESIDENCIA: DF, DESDE LA INFANCIA.

OCUPACIÓN: HOGAR.

ESCOLARIDAD: V PRIMARIA.

FECHA DE ESTUDIO: 30-05-83

DX: PROBABLE QUISTE DERMOIDE CONJUNTIVAL OI.

AHF: PADRE IGNORA; MADRE DIABÉTICA, SEIS HERMANOS SANOS; ESPOSO SANO; UN HIJO MUERTO NEONATO, TRES SANOS.

APNP: CASA AMPLIA, BUENA HIGIENE, BUENA ALIMENTACIÓN, FUMA 5-6 CIGARRILLOS DIARIOS.

APP: SARAPIÓN Y VARICELA EN LA INFANCIA; 4 CESÁREAS; DIABETES MELLITUS DESDE LOS 35 AÑOS; CORRECCIÓN ÓPTICA DESDE HACE 4 AÑOS.

PA: INICIA EN SEPTIEMBRE DEL 82 CON TUMOR EN CONJUNTIVA DEL OI; MODERADO DOLOR, LENTO CRECIMIENTO, SENSACIÓN DE CE.

TRATAMIENTOS PREVIOS: MASTECTOMÍA RADICAL IZQUIERDA MODIFICADA TIPO PATEY 16-02-81. DX DE CA DE CONDUCTOS MAMARIOS TIPO PAGET, 26-01-81.

EF: BOCA CON CARIES Y ADONCIA QUIRÚRGICA; PEZÓN DE MAMA IZQUIERDA CON EROSIÓN; ZONA SOSPECHOSA EN CUADRANTE INFERIOR EXTERNO.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: AV: OD: 20/400 DIF
OI: 20/25.

TUMOR OI BLANCO ROSADO SUBCONJUNTIVAL EN CANTO EXTERNO, ELEVADO, CON CARACTERES DE QUISTE DERMOIDE.

LABORATORIO: 19-02-82: GLUC 164, UREA 22, HB 13.6, HT 41.7,

RADIOLOGIA: TX SIN DATOS DE MTS 11-04-84

DX CLINICO: QUISTE DERMOIDE CONJUNTIVAL.

TRATAMIENTO: OBSERVACIÓN PERIÓDICA.

EVOLUCION:



QUISTE DERMÓIDE LIMBICO

12-04-84: DISCRETO AUMENTO DE VOLUMEN PÁRPADO SUPERIOR DERECHO; DISMINUCIÓN DE HENDIRURA PALPEBRAL; TUMOR ESTABLE.

18-07-84: QUISTE ESTABLE. NO ACEPTA CIRUGÍA.

CASO # 38

NOMBRE: Z.V.J.L.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 26 AÑOS

ORIGINARIO: PÁTZCUARO, MICH.

RESIDE: QUERÉTARO, QRO.

OCUPACIÓN: INGENIERO ELÉCTRICO

FECHA DE ESTUDIO: 25-06-84

DX: HIPERPLASIA LINFOIDE CONJUNTIVAL BENIGNA.

AHF: PADRE Y MADRE APARENTEMENTE SANOS; 5 HERMANOS Y DOS HIJOS SANOS.

APNP: VIVE EN QUERÉTARO DESDE HACE 3 AÑOS; BUENA HIGIENE Y ALIMENTACIÓN; NIEGA TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO.

APP: PROPIAS DE LA INFANCIA; SIN COMPLICACIONES. NIEGA OTROS.

PA: DE UN MES DE EVOLUCIÓN; NEOFORMACIÓN CONJUNTIVAL OI; SIGNOS INFLAMATORIOS LOCALIZADOS, LEVE DOLOR Y LAGRIMEO. PRESENTA NEOFORMACIÓN CONJUNTIVAL TEMPORAL QUE INVADIRÍA 2 MM, SIN ASPECTO TUMORAL.

TRATAMIENTOS PREVIOS: OPERADO EN QUERÉTARO, REPORTÁNDOSE COMO INFLAMACIÓN CRÓNICA E INFILTRACIÓN PAGETOIDE DIFUSA.

LABORATORIO: 28-06-84: Hb 16, HT 47.9, GLUC 88, UREA 25, EGO NORMAL.

RADILOGÍA: TX NORMAL 02-07-84.

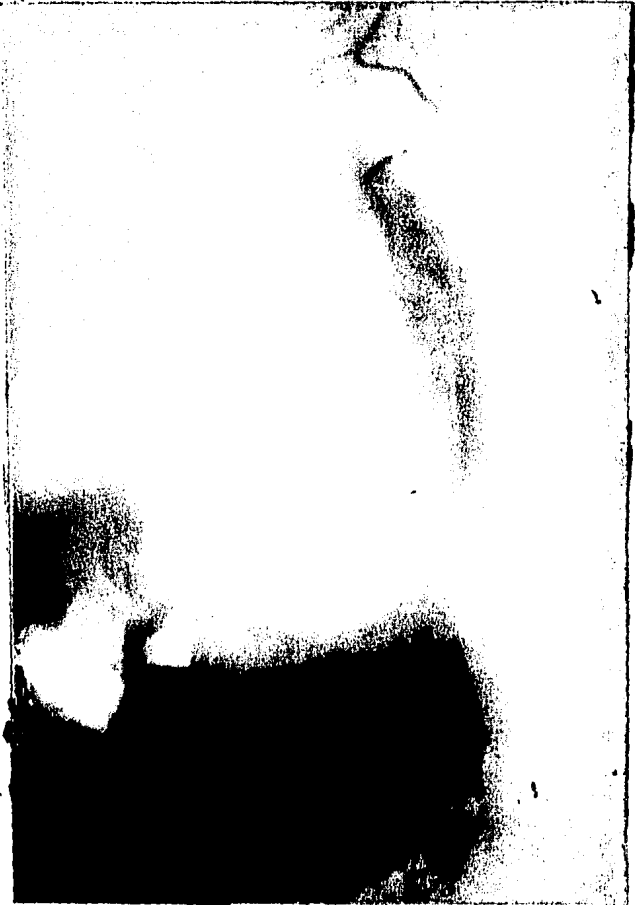
CITOLOGÍA EXFOLIATIVA: 02-07-84, CLASE II, CÉLULAS DE EPITELIO MUCOSO PLANO ESTRATIFICADO LIGERAMENTE ATÍPICO.

UX CLÍNICO: NEOPLASIA CONJUNTIVAL EN ESTUDIO.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN-BIOPSIA 10-07-84.

REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO: 13-07-84: CONJUNTIVITIS CRÓNICA CON HIPERPLASIA LINFOIDE BENIGNA.

17-07-84: FRAGMENTOS DE EPITELIO PLANO ESTRATIFICADO CON INFLAMACIÓN CRÓNICA SEVERA.



QUISTE DERMOIDE LIMBICO

EVOLUCION:

19-07-84: SIGNOS INFLAMATORIOS MODERADOS. PREDNISOLONA, COLIRIO, 2 X 3 X 5 DÍAS.

21-11-84: PTERIGIÓN EXTERNO OD; PREDNISOLONA COLIRIO, VIGILANCIA.

CASO # 39

NOMBRE: P.V.D.O.M.C.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 64 AÑOS

ORIGEN: TARANDACUAU, GTO.

RESIDE: DF, DURANTE 41 AÑOS

Ocupación: HOGAR

FECHA DE ESTUDIO: 09-07-84

DX: PAPILOMA CONJUNTIVAL OD

AHF: PADRE FALLECIDO POR QUEMADURAS, MADRE FALLECIDA POR COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS; TRES HIJOS FALLECIDOS POR SARAMPIÓN, 8 SANOS.

APNP: VIUDA DESDE HACE 10 AÑOS; MSE BAJO, HÁBITOS HD (HIGIÉNICO DIETÉTICOS) MALOS, NO RECUERDA INMUNIZACIONES; GESTA 11, PARA 10, A-1, CESÁREAS 0.

APP: FARINGOAMIGDALITIS OCASIONALES; DIARREAS OCASIONALES. OPERADA POR BOCIO HACE 30 AÑOS.

PA: TUMOR CARUNCULAR OD DE DOS AÑOS DE EVOLUCIÓN, DE CRECIMIENTO LENTO, ASINTOMÁTICO.

EF: CICATRIZ TRANSVERSA SUPRAESTERNAL; DIASTASIS DE MÚSCULOS RECTOS ABDOMINALES; HERNIA UMBILICAL 3 X 3 CM; VÍVICES. CÉRVIX CON PÓLIPO DE 5 CM, PEDICULADO. RECTO NORMAL. LABORATORIO: 11-07-84: Hb 15.8, HT 47.8, TTP 29"/29", GLUC 100, UREA 25.

RADIOLOGÍA: TX NORMAL DE ACUERDO A SU EDAD 20-07-84.

CITOLOGÍA: 13-07-84: CLASE I: CÉLULAS DE EPITELIO MUCOSO PLANO SIN ALTERACIONES.

DX CLÍNICO: PÓLIPO CARUNCULAR OD.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN BIOPSIA 14-08-84.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: 17-08-84: PAPILOMA ESCAMOSO CONJUNTIVAL, CON INTENSO INFILTRADO INFLAMATORIO CRÓNICO, COMPLETAMENTE EXTIRPADO.

EVOLUCION: 20-08-84: SIN DATOS INFLAMATORIOS, INFECCIOSOS, NI AT.



QUISTE EPIDERMÓIDE LÍMBICO

CASO # 40

NOMBRE: B.V.C.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 32 AÑOS

ORIGEN: ESTADO DE OAXACA.

RESIDE: DF, DESDE HACE 8 AÑOS.

Ocupación: PASTELERO

ESCOLARIDAD: IV DE PRIMARIA

FECHA DE ESTUDIO: 28-06-84

RELIGIÓN: CATÓLICO.

Dx: PAPILOMA CONJUNTIVA TARSAL SUPERIOR OD RECIDIVANTE.

AHF: PADRE IGNORA; MADRE FALLECIDA POR CAUSA VIOLENTA;
CUATRO HERMANOS SANOS, UN HERMANO MUERTO EN LA INFANCIA.
ESPOSA Y TRES HIJOS, SANOS.

APNP: HIGIENE REGULAR, CASA CON TODOS LOS SERVICIOS; ALI-
MENTACIÓN REGULAR; NO DEPORTES; FUMA 4 CIGARRILLOS DIARIOS,
ALCOHOLISMO OCASIONAL.

APP: SARAMPIÓN Y AMIGDALITIS ESPORÁDICAS.

PA: INICIA HACE 7 AÑOS, OPERADO HACE 6, RECIDIVÓ A LOS 3
MESES; CRECIMIENTO LENTO PROGRESIVO; LAGRIMEO Y SENSACIÓN
DE CE.

TRATAMIENTOS PREVIOS: OPERADO HACE 6 AÑOS, CONJUNTIVA PAR-
PADO SUPERIOR OD.

EF: NORMAL; TACTO RECTAL DIFERIDO.

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA:

AV: OD: 20/40(.)20/30

OI: 20/25

TUMOR EN CONJUNTIVA TARSAL 13 X 8 MM, IRREGULAR, ASPECTO
PAPILOMATOSO; SE EXTIENDE HASTA CERCA DE FÓRNIX.

LABORATORIO: 20-06-84: GLUC 88, UREA 22, EGO NORMAL;

Hb 16.2, HT 47.8, TPT 32"/30".

RADIOLOGÍA: Tx NORMAL, 29-06-84.

UX CLÍNICO: PAPILOMA CONJUNTIVAL OD, TARSAL RECIDIVANTE

TRATAMIENTO: EXCISIÓN-BIOPSIA 06-07-84.

REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO: 27-06-84 Y 13-07-84: "PAPILOMA
CON ATÍPIA MODERADA.

EVOLUCIÓN: 19-07-84: BUEN EDO., LEVE CONJUNTIVITIS BACTE-
RIANA, DESEPITELIZACIÓN CORNEAL POR CABO DE SUTURA. COLO-

"BOMA PALPEBRAL RESIDUAL.

22-10-84: SIN AT; UNAS PESTAÑAS ROZAN LA CÓRNEA, QUE SE RETIRAN.

CASO # 41

NOMBRE: C.R.R.M.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 24 AÑOS

ORIGEN: DF

RESIDE: DF

OCUPACIÓN: HOGAR

ESCOLARIDAD: VI DE PRIMARIA.

FECHA DE ESTUDIO: 21-04-83

Dx: GLÁNDULA LAGRIMAL ECTÓPICA OI.

AHF: ABUELOS IGNORA; PADRE DIABÉTICO; MADRE FALLECIDA POR CAQU; 9 HERMANOS VIVOS, SANOS; ESPOSO SANO, DOS HIJOS SANOS.

APNP: MSE BAJO; HIGIENE Y ALIMENTACIÓN DEFICIENTES; NIEGA TOXICOMANÍAS Y COMBÉ; IGNORA SOBRE INMUNIZACIONES.

APP: NEGADOS.

PA: DESDE EL NACIMIENTO, NOTA PEQUEÑO TUMOR CONJUNTIVAL OI, INVAD E PARCIALMENTE CÓRNEA, CON OCASIONALES PRURITO, DOLOR, LAGRIMEO E HIPEMIA.

EF: NORMAL.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: AV: OD: 20/30 OI: 20/40

OI: HIPEREMIA +, TUMOR DE 5 X 6 MM, SUBCONJUNTIVAL, LÍMBICO, INVAD E 2 MM CÓRNEA, BLANCO-AMARILLENTO, SUPERFICIE LISA; NO SE OBSERVAN FOLÍCULOS PILSOS, BIEN ADHERIDA A EPISCLERA Y CÓRNEA, DEL N DE LAS III 1/2A V, RESTO NORMAL.

LABORATORIO: 20-04-83: Hb 14.9, Ht 46.1, TP 100%, GLUC 88, UREA 12, EGO NORMAL.

RADIOLOGIA: TX NORMAL 23-05-83 Y 20-04-83.

UX CLÍNICO: QUISTE DERMOIDE CONJUNTIVAL OI.

TRATAMIENTO: BIOPSIA EXCISIONAL 26-04-83 Y 20-05-83.

REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO: 29-04-83: CONJUNTIVA OCULAR CON INFLAMACIÓN CRÓNICA INESPECÍFICA; 24-05-83: "GLÁNDULA LAGRIMAL ACCESORIA Y TEJIDO CONJUNTIVO SIN ALTERACIÓN".

EVOLUCION: 17-05-84: ASINTOMÁTICA; ALTA.

CASO # 42

NOMBRE: C.H.W.L.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 44 AÑOS

ORIGINARIA: (NO REPORTADO)

RESIDE: CD. SAHAGÚN, HGO.

OCUPACIÓN: HOGAR

FECHA DE ESTUDIO: 14-12-81

DX: NEVO DE CARÚNCULA Y CONJUNTIVA OI.

AHF: NEGADOS.

AFNP: TOXICOMANÍAS NEGADAS; SARAMPIÓN, ESCARLATINA, PARASITOSIS INTESTINAL; QUIRÚRGICOS NEGADOS.

APP: SECUELAS DE FIEBRE REUMÁTICA.

PA: MELANOSIS CONJUNTIVAL DE TIEMPO INDETERMINADO, OI, ECTROPIÓN INFERIOR OI.

TRATAMIENTOS PREVIOS: 24-11-61 OPERADA DE NEVO PILOSO NASOCILIAR (NEURONEVO).

EF: NORMAL

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA: (REPORTADA COMO) NORMAL.

LABORATORIO: 25-10-82: Hb 14.3, HT 43.7, TP 82%, EGO NORMAL.

RADIOLOGÍA: Tx 20-12-61 CRECIMIENTO DE AURÍCULA IZQUIERDA.

DX CLÍNICO: MELANOSIS CONJUNTIVAL.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN-BIOPSIA 14-06-83.

REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO: 27-11-61: "NEVUS PIGMENTOSUS ET PILOSUS", 17-06-83: NEVO DE CARÚNCULA Y CONJUNTIVA INCOMPLETAMENTE ESCINDIDOS.

EVOLUCIÓN: 23-11-83: SIN AT.

19-11-84: CONJUNTIVITIS; SIN AT.

CASO # 43

NOMBRE: A.C.A.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 22 AÑOS

ORIGEN: CUAUTLA, MOR.

RESIDE: MISMO

OCUPACIÓN: ESTUDIANTE

ESCOLARIDAD: 10. DE PRODUCCIÓN AGRÍCOLA.

FECHA DE ESTUDIO: 26-11-80

Dx: LINFANGIOMA CONJUNTIVAL OI.

AHF: MADRE SANA; PADRE FALLECIDO, IGNORA CAUSA; HERMANO SANO, RESTO NEGADO.

APNP: TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO NEGADOS; ALERGIA A LA PENICILINA; HABITACIÓN REGULARMENTE VENTILADA, SIN DRENAJE; ALIMENTACIÓN REGULAR.

APP: VARICELA A LOS 4 AÑOS DE EDAD; HA TENIDO GRIPES, RINOFARINGITIS, TRICOCEFALOSIS, ENTERITIS, DACRIOCISTITIS, RESTO NEGADO.

PA: LINFANGIOMA CONJUNTIVAL OI MULTITRATADO; RECIDIVA DESDE AGOSTO 1980.

EXPLORACION GENERAL: NORMAL; TACTO VAGINAL DIFERIDO POR SER NÚBIL.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: CV: 20/40 AO. OI: NEOFORMACIÓN AMARILLENTA, NO INVADIR CórNEA, DEFORMA EL CANTO INTERNO, RESTO NORMAL.

LABORATORIO: 21-06-83: HB 13.7, HT 44.7, TP 100%, GLUC 82, UREA 15, EGO NORMAL.

RADIOLOGIA: TX NORMAL 30-06-83.

DX CLINICO: LINFANGIOMA CONJUNTIVAL OI.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN-BIOPSIA 01-07-83.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: 06-07-83; FRAGMENTO DE LINFANGIOMA CONJUNTIVAL.

EVOLUCION: 12-01-84: BUENA EVOLUCIÓN; HIPEREMIA + SIN EVIDENCIA DE AT.

CASO # 44

NOMBRE: R.R.P.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 32 AÑOS

OCUPACIÓN: OBRERO.

ORIGEN: DF

RESIDE: DF

ESCOLARIDAD: VI DE PRIMARIA.

FECHA DE ESTUDIO: 31-08-83

UX: ADENOMA SEBÁCEO DE CARÚNCULA OI.

AHF: ABUELOS FALLECIDOS, IGNORA DATOS; MADRE VIVA, DESCONO-
CE EDO. DE SALUD; PADRE VIVO SANO, ESPOSA SANA.

APNP: MSE MEDIO-BAJO, ALIMENTACIÓN SUFICIENTE EN CANTIDAD
MAS NO EN CALIDAD; TABAQUISMO NEGADO, ALCOHOLISMO OCASIONAL;
HIGIENE REGULAR.

APP: SARAMPIÓN Y VARICELA EN LA INFANCIA; FRECUENTES AMIG-
DALITIS, RESTO NEGADO.

PA: INICIA HACE 2 Y MEDIO A TRES AÑOS, CON NEOPLASIA CON-
JUNTIVAL CANTO INTERNO OI, DE CRECIMIENTO LENTO; SENSACIÓN
DE CE.

EF: NORMAL.

EXPLORACION OFTALMOLÓGICA: AV: 20/20 AO; OI NEOPLASIA
CARUNCULAR 5 X 4 MM, BLANCO-AMARILLENTO DE ASPECTO QUI-
TICO, RESTO NORMAL.

LABORATORIO: 15-08-83: Hb 17.6, HT 54+7, TP 82%, GLUC 89,
UREA 24, EGO NORMAL.

DX CLINICO: TUMOR CARÚNCULA OI.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN-BIOPSIA 20-09-83

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: 27-09-83: ADENOMA SEBÁCEO CON
INFLAMACIÓN CRÓNICA FOCAL.

EVOLUCION: 26-04-84: BULNA EVOLUCIÓN; ASINTOMÁTICO, SIN SIGNOS
DE RECIDIVA.

15-11-84: SIN AT.

CASO # 45

NOMBRE: V.S.B.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 48

ORIGEN: TAMPICO, TAMPS.

RESIDE: DF DESDE HACE 30 AÑOS.

Ocupación: HOGAR

EDO. CIVIL: CASADA.

ESCOLARIDAD: III DE COMERCIO.

FECHA DE ESTUDIO: 04-05-83

Dx: MELANOMA CONJUNTIVAL NODULAR OI.



MELANOMA CONJUNTIVAL

AHF: PADRE FALLECIDO POR AVC; MADRE SANA; 9 HERMANOS SANOS; UN HERMANO FALLECIDO POR CA PANCREÁTICO.

APNP: TRABAJÓ 7 AÑOS COMO MECANÓGRAFA; MSE MEDIO, HIGIENE Y ALIMENTACIÓN BUENAS; TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO NEGADO.

APP: NEGADOS.

PA: INICIA EN MARZO DEL 83 AL OBSERVAR TUMOR OI ASINTOMÁTICO QUE HACE PROMINENCIA A TRAVÉS DE PÁRPADO SUPERIOR. TRATAMIENTOS PREVIOS: BIOPSIA EN EL HOSP. OFTALMOLOGÍA CMN, RESULTANDO MELANOMA CONJUNTIVAL.

EF: PÓLIPO EN CÉRVIX UTERINO, VÁRICES EN MI'S.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: AV: 20/20 DIF AO; DEFORMACIÓN CANTO INTERNO OI, TUMOR PIGMENTADO EN FÓRNIX SUPERIOR INTERNO, QUE SE PROLAPSA AL EVERTIR EL PÁRPADO; BORDES LISOS, INTERESA CONJUNTIVA BULBAR Y TARSAL; MIDE 15 X 12 MM. LABORATORIO: 29-07-83: GLUC 90, HB 14.5, HT 44.4.

03-05-83: TP 82%; UREA 22, 11-05-83.

RADIOLOGIA: Tx NORMAL 19-10-83.

DX CLINICO: MELANOMA CONJUNTIVAL OI.

TRATAMIENTO: VACIAMIENTO ORBITARIO IZQUIERDO, PAROTIDECTOMÍA SUPERFICIAL Y DISECCIÓN RADICAL DE CUELLO IZQ., 24-05-83.

HALLAZGOS QUIRURGICOS: PARÓTIDA SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA; SIN EVIDENCIA MACROSCÓPICA DE MTS GANGLIONARES EN CUELLO IZQ.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: MELANOMA NODULAR DE CONJUNTIVA OCULAR OI DE 0.6 CM DE DIÁMETRO, LÍMITES LIBRES AMPLIOS.

EVOLUCION: 15-12-83: SIN AT. Rx -Tx SIN EVIDENCIA DE MTS.

26-07-84: FÍSTULA A ETMOIDES. SIN AT LOCO-REGIONAL.

CASO # 46

NOMBRE: C.M.E.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 50 AÑOS

ORIGEN: ZAPOTITLÁN, DF

RESIDE: MISMO

OCUPACIÓN: EMPLEADO.

ESCOLARIDAD: VI DE PRIMARIA.

FECHA DE ESTUDIO: 01-09-83

DX: PAPILOMA CONJUNTIVAL OI.

AHF: MADRE FALLECIDA POR ASMA BRONQUIAL; PADRE FINADO POR BRONQUITIS; ESPOSA: 10 HIJOS SANOS; UN HERMANO CARDIOPATA, DESCONOCE DETALLES.

AMF: CASA CON TODOS LOS SERVICIOS; BUENA ALIMENTACIÓN; NEGATIVA TODAS LAS INMUNIZACIONES, SIN ESPECIFICAR; FUMA 2 CIGARRILLOS DIARIOS DESDE LOS 15 AÑOS; ALCOHOLISMO CADA 8 DÍAS DESDE LOS 15 AÑOS.

APP: ENFERMEDADES PROPIAS DE LA INFANCIA; NIEGA RESTO.

PA: TUMORACIÓN CONJUNTIVAL OI DE TRES MESES DE EVOLUCIÓN, CON SENSACIÓN DE CE Y ARDOR.

EF: OBESO

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: AV: 20/20 AO; TUMOR BLANCO-GRISÁCEO OSCURO, DE 2 Y MEDIO MM; A DOS MM DEL LIMBO DEL OI, EN LADO TEMPORAL DE CONJUNTIVA BULBAR, IRREGULAR, NO ADHERIDA A ESCLERA PERO SÍ A TENON, RESTO NORMAL.

LABORATORIO: 31-08-83: GLUC 100, UREA 25, EGO NORMAL, HB 18.6, HT 52.7, TP 68%.

RADIOLOGIA: 01-09-83: TX: DBLITERACIÓN DE SEND COSTOFRÉNICO IZQUIERDO POR ENGROSAMIENTO PLEURAL, RESTO NORMAL.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA: 05-09-83: CLASE II, CÉLULAS ANUCLEADAS; NO HAY CÉLULAS MALIGNAS.

UX CLINICO: EPITELIOMA VS GRANULOMA CONJUNTIVAL.

TRATAMIENTO: BIOPSIA EXCISIONAL 22-09-83. ETO: PAPILOMA CONJUNTIVAL.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: 28-09-83: PAPILOMA DE CONJUNTIVA TOTALMENTE ESCINDIDO.

EVOLUCION: 26-04-84: OCASIONAL ARDOR E HIPEREMIA CONJUNTIVAL. LES. 22-05-84: PTERIGIÓN INTERNO INVADE 1 MM O MÁS.

CASO 47

NOMBRE: B.Z.J.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 23 AÑOS

ORIGEN: FUEBLA.

RESIDE: DF

OCUPACIÓN: EMPLEADO

ESCOLARIDAD: PREPARATORIA.

FECHA DE ESTUDIO: 16-08-83

Dx: NEVO COMPUESTO DE CONJUNTIVA OI.

AHF: ABUELOS VIVOS Y SANOS; PADRES SANOS; 7 HERMANOS SANOS; UN HIJO SAÑO; TÍO MATERNO DIABÉTICO, RESTO NEGADO.

APNP: MSE MEDIO; MALOS HÁBITOS HD; NIEGA COMBE Y TOXICOMANÍAS.

APP: NEGADOS.

FA: DESD. HACE 7 AÑOS, CON "LUNAR" EN CONJUNTIVA BULBAR SECTOR TEMPORAL OI, CRECIMIENTO LENTO, ASINTOMÁTICO; CRECIMIENTO UN POCO MÁS ACCELERADO DESDE HACE DOS AÑOS.

EF: NORMAL.

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA: AV: OD: 20/30 (.) 20/20

OI: 20/20 DIF; OI: LESIÓN PIGMENTADA CONJUNTIVAL, BORDES DIFUSOS, 6 X 7 MM, MÓVIL, A 1.5 MM DEL LIMBO, RESTO NORMAL.

LABORATORIO: 11-08-83: GLUC 87, UREA 22, EGO: NORMAL, Hb 16.9, Ht 46.0, TP 82%.

RADIOLOGÍA: Tx NORMAL 11-08-83.

CITOLOGÍA EXFOLIATIVA: 18-08-83 CLASE II: PAPILOMATOSIS E INFILTRACIÓN CRÓNICA INESPECÍFICA.

DX CLÍNICO: MELANOSIS CONJUNTIVAL VS PAPILOMA CONJUNTIVAL PIGMENTADO OI.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN-BIOPSIA 20-09-83.

REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO: 28-09-83: NEVO COMPUESTO DE CONJUNTIVA COMPLETAMENTE EXTIRPADO.

EVOLUCIÓN: 03-10-83: LEVE LAGRIMEO, MUY LEVES SIGNOS INFLAMATORIOS.

CASO # 48

NOMBRE: S.C.C.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 65 AÑOS

ORIGEN: TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

RESIDE: MISMO

OCUPACIÓN: HOGAR

ESCOLARIDAD: IV DE PRIMARIA

FECHA DE ESTUDIO: 05-07-84

Dx: NEVO AZUL CONJUNTIVAL OI.

AHF: ABUELOS IGNOHA; PADRE DIABÉTICO FINADO; MADRE FINADA POR CACU; ESPOSO SANO; 7 HERMANOS DIABÉTICOS; UN HIJO MUERTO ATROPELLADO; DOS MUERTOS EN EXPLOSIÓN DE COHETES.

APNP: NO ESPECIFICA INMUNIZACIONES; ALIMENTACIÓN SUFICIENTE EN CALIDAD Y CANTIDAD; HIGIENE REGULAR, HABITACIÓN REGULAR, RESTO NEGADO.

APP: DIABÉTICA DESDE HACE 20 AÑOS, CONTROLADA CON HIPOGLUCEMIANTE ORALES, SIN DESCOMPENSACIONES HASTA EL MOMENTO; TIENE RETINOPATÍA DIABÉTICA; TIROIDECTOMÍA TOTAL POR BÓGIO HACE 10 AÑOS; ARTRITIS DESDE HACE UN AÑO.

PA: DE TIEMPO INDEFINIDO, CON LESIÓN OSCURA EN FÓRNIX CONJUNTIVAL INFERIOR OI.

TRATAMIENTOS PREVIOS: RESPECTO A RETINOPATÍA DIABÉTICA, EN EL HOSP. OFTALMOLOGÍA, CMN.

EF: CICATRIZ DE TIROIDECTOMÍA; ADENOPATÍA DE VIRCHOW; RAREFACCIÓN PULMONAR; SIN ADENOPATÍAS AXILARES; MAMAS NORMALES; NO ACEPTA EXPLORACIÓN GENITAL Y/O RECTAL. DISCRETA FLOGOSIS EN ARTICULACIONES INTERFALÁNGICAS DISTALES Y PROXIMALES.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: AV: OD: 20/50 (.) 20/40;

OI: ÍDEM. (MIDRIASIS MEDIA). OD: MELANOSIS CONJUNTIVAL FÓRNIX INFERIOR; OI: LESIÓN MELANÓTICA FÓRNIX INFERIOR CENTRAL, REDONDA, 3 X 4 MM, MELANOSIS HACIA CANTO EXTERNO.

LABORATORIO: 10-07-84: GLUC 1.3, UREA 46, CREATININA 1.2, ÁC. ÚRICO 2.5, LGO: GLUCOSA 52.2; TTP: 29"/29"; Hb 14.6, HT 45.0

RADILOGÍA: Tx 16-04-84: CALCIFICACIONES HILIARES; ABDOMEN: DISCARTROSIS COLUMNA LUMBAR. ENFERMEDAD DEGENERATIVA OSTEOARTICULAR.

CITOLOGÍA EXFOLIATIVA: 13-07-84: CLASE II: ESCASAS ALTERACIONES CELULARES DE DISPLASIA LIGERA.

DX CLÍNICO: MELANOSIS CONJUNTIVAL OI A DESCARTAR MALIGNIDAD.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN-BIOPSIA 14-08-84.

REPORT E ANATOMOPATOLOGICO: 20-08-84: NEVO AZUL COMPLETAMENTE EXTIRPADO.

EVOLUCION: 18-10-84: OCASIONAL SENSACIÓN DE CE Y LAGRIMEO, SIN AT.

CASO # 49

NOMBRE: C.H.J.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 68 AÑOS

ORIGEN: (NO REPORTADO)

RESIDE: ESTADO DE MÉXICO.

Ocupación: PANADERO.

FECHA DE ESTUDIO: 16-12-81

DX: PAPILOMA CONJUNTIVAL RECIDIVANTE OI.

AHF: SIN IMPORTANCIA.

APNP: MSE BAJO; TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO NEGATIVO.

APP: TCE HACE 20 AÑOS, DOS CIRUGÍAS POR HERNIA INGUINAL BILATERAL.

PA: DE DOS AÑOS DE EVOLUCIÓN, CON BAJA VISUAL DEL OI, LESIÓN EN CONJUNTIVA BULBAR NASAL; RECIDIVA A LOS DOS MESES DE LA ÚLTIMA CIRUGÍA.

TRATAMIENTOS PREVIOS: OPERADO DOS VECES EN EL CMLR POR EL MISMO PROBLEMA DEL OI.

EF: CICATRICES QUIRÚRGICAS INGUINALES BILATERALES; ORIFICIO HERNIARIO IZQUIERDO RECIDIVANTE; PRÓSTATA BENIGNA, 30 G.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: AV:OD: 20/25

OI: 20/40. TUMOR CONJUNTIVAL OI EN EL M DE LAS IX, CON HIPE-
REMIA SIMPLE +.

LABORATORIO: 24-11-81: Hb 13.0, Ht 52.8, PLAQUETAS 500 000,
GLUCOSA 100, UREA 36.

RADIOLOGIA: Tx NORMAL 25-11-81.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA: 22-12-81: ESCASAS ATIPIAS CELULA-
RES QUE SUGIEREN PAPILOMA.

DX CLÍNICO: PROBABLE PAPILOMA CONJUNTIVAL OI.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN-BIOPSIA 19-10-82 ANEST. LOCAL.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: PAPILOMA DE CONJUNTIVA
27-10-82.

EVOLUCION: 06-06-84: PTERIGIÓN INTERNO INCIPIENTE OI;

RESTO NORMAL.

17-12-84: SIN AT.

Caso n. 50

NOMBRE: C.C.M.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 29 AÑOS.

ORIGEN: SULTEPEC, EDO. MEX.

RESIDE: ESTADO DE MÉXICO.

Ocupación: HOGAR

ESCOLARIDAD: LEE Y ESCRIBE

FECHA DE ESTUDIO: 14-03-72

PIEL MORENA

DX: QUISTE EPIDERMÓIDE CONJUNTIVAL OD.

NEVO INTRADÉRMICO PIGMENTADO CONJUNTIVAL OD.

AHF: PADRE FALLECIDO POR CAUSA DESCONOCIDA; MADRE VIVA, RESTO NEGADO.

APNP: BAÑO C/3ER DÍA; MALA ALIMENTACIÓN, ALCOHOLISMO OCASIONAL; NO FUMA. VACUNA ANTIVARIOLOSA.

APP: AMIGDALITIS FRECUENTE; PROCESOS GRIPALES; APENDICECTOMÍA HACE 7 AÑOS; CESÁREA HACE TRES AÑOS; RESTO NEGADO.

PA: CINCO AÑOS DE EVOLUCIÓN, CON FORMACIÓN PAPILOMATOSA DE CARÚNCULA LAGRIMAL OD. TAMAÑO: 2 MM.

EF: NEVO EN REGIÓN MENTONIANA; NEVO EN CARA ANTERIOR DEL TÓRAX; CICATRIZ MEDIA INFRAUMBILICAL, CICATRIZ DE APENDICECTOMÍA.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: AV: OD: 20/20; OI: 20/80 (.) 20/40
PTERIGIONES INTERNOS AO; PINGÜECULAS EXTERNAS AO; TUMOR PAPILOMATOSO BORDE LIBRE PÁRPADO INFERIOR DRECHO, SOBRE PUNTO LAGRIMAL INFERIOR, NO DOLOROSO, CON VASCULARIZACIÓN MODERADA. DE 2 MM DE DIÁMETRO; TIENE PIGMENTO CAFÉ ESCASO; ES BLANDO. TIO: 5/5.5 AO. FO: NORMAL.

LABORATORIO: 07-03-72: HB 14.4, HT 45, PLAQUETAS 450 000, TP 100%, GLUC 7+, UREA 20, EGO NORMAL.

RADIOLOGIA: TX NORMAL 14-03-72

CITOLOGIA EXFOLIATIVA: CLASE I SIN ELEMENTOS ANORMALES.

DX CLÍNICO: PAPILOMA PIGMENTADO VS MELANOMA VS CA BASOCELULAR.

TRATAMIENTO: RESECCIÓN DE PTERIGIÓN OI 23-03-72

RESECCIÓN DE PTERIGIÓN OD 14-04-72; EXCISIÓN-BIOPSIA DE TUMOR CONJUNTIVAL (QUISTE DE RETENCIÓN) 16-11-82.



CASO # 50

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO:19-11-82: "CONJUNTIVA CON
QUISTE EPIDÉRMICO TOTALMENTE ESCINDIDO".
"NEVO INFRADÉRMICO PIGMENTADO DE CONJUNTIVA, TOTALMENTE
ESCINDIDO".
EVOLUCION:07-05-84: NO SE HA QUITADO EL TUMOR DEL PUN-
TO LAGRIMAL INFERIOR(POR RAZONES OBVIAS).VIGILANCIA
PERIÓDICA.
08-11-84: PAPILOMA EN PUCTUM INFERIOR ESTABLE;ASINTO-
MÁTICA.

CASO # 51

NOMBRE: M.O.E.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 58 AÑOS

ORIGEN: EDO. DE GUANAJUATO

RESIDE: DF

Ocupación: HOGAR

ESCOLARIDAD: II DE PRIMARIA.

FECHA DE ESTUDIO: 10-09-81

DX: HEMANGIOMA CAVERNOSO CONJUNTIVO-PALPEBRAL OD.

AHF: PADRE FALLECIDO POR UROPATÍA OBSTRUCTIVA; MADRE CON
PADECIMIENTO INFECTO-CONTAGIOSO INESPECIFICADO; 8 HERMANOS
MUESTRTO SIN ESPECIFICAR CAUSAS; RESTO VIVOS Y SANOS;
ESPOSO SANO; RESTO NEGADO.

APNP: BUENA ALIMENTACIÓN, HIGIENE REGULAR; CASA CON TODOS
LOS SERVICIOS; NO FUMA NI TOMA; INMUNIZADA CON ANTITETÁNI-
CA.

APP: INFECTOPATOLOGÍAS DE LA INFANCIA; RESTO NEGADO. DIA-
BÉTICA DESDE HACE SIETE AÑOS, CONTROLADA CON TOLBUTAMIDA.

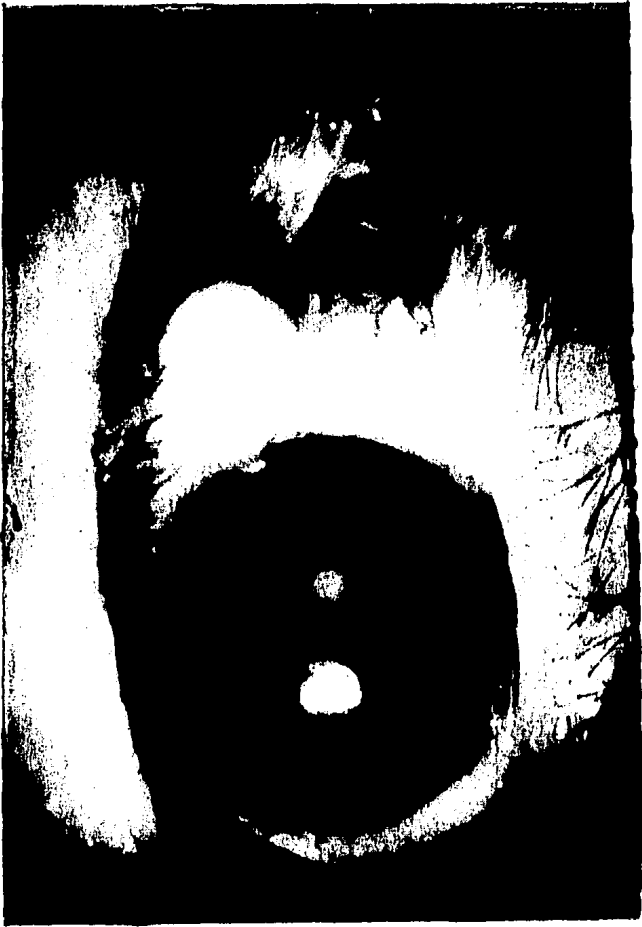
PA: A LOS 35 AÑOS DE EDAD, PTOSIS PALPEBRAL OD, BAJA VISUAL,
HEMORRAGIA CONJUNTIVAL; ÉSTO HACE 20 DÍAS, Y SE HA REPETIDO
TRES VECES.

TRATAMIENTOS PREVIOS: OPERADA A LOS 15 AÑOS DE EDAD POR
TUMOR CONJUNTIVAL OD.

EF: OBESA. RESTO SIN ALTERACIONES.

EXPLORACION OFTALMOLÓGICA: OD: PPL 01: 20/25 DIF.

PTOSIS OI; LEUCOMA CORNEAL OD SUPERIOR, VASCULARIZADO; CATARA-
TA TOTAL; TUMOR EN SECTOR NASAL SUPERIOR DE ASPECTO



QUISTE EPIDERMÓIDE CONJUNTIVAL TARSAL SUPERIOR
BORDE LIBRE.

VASCULAR, CON VASOS TORTUOSOS, ENGROSADOS; QUEMOSIS (EDEMA CONJUNTIVAL); TIO Y FO NORMALES.

LABORATORIO: 28-09-81: Hb 13.7, HT 42.5, TP 100%, GLUC 124, UREA 3y, EGO: NORMAL; VDRL NEGATIVO.

RADIOLOGIA: Tx NORMAL 06-10-81

UX CLINICO: HEMANGIOMA CAVERNOSO CONJUNTIVAL OD.

TRATAMIENTO: EXCISSION-BIOPSTA 10-10-81.

HALLAZGOS QUIRURGICOS: SE EXTIENDE HASTA FONDOS DE SACO.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: FRAGMENTOS DE HEMANGIOMA.

EVOLUCION: 10-11-82: SIN SIGNOS DE RECIDIVA.

CASO # 52

NOMBRE: P.J.D.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 69 AÑOS

ORIGINARIA: TEHUACÁN, PUE.

RESIDE: COLONIA PAVÓN, EDO. MEX.

Ocupación: HOGAR.

ESCOLARIDAD: VI DE PRIMARIA

FECHA DE ESTUDIO: 12-07-84

Dx: CA EPIDERMÓIDE CONJUNTIVO-CORNEAL OI BIEN DIFERENCIADO.

AhF: ABUELOS IGNORA; PADRE MUERTO POR PROBABLE CHAN; MADRE CON ARTROFATÍA DEGENERATIVA Y BAJA VISUAL AD IMPORTANTE; TRES HERMANOS SANOS, TRES HIJOS SANOS.

APiVP: PROVIENE DE MSE BAJO; NIEGA INMUNIZACIONES; MALOS HÁBITOS HD.

APP: HEMOPTISIS A LOS 8 AÑOS DE EDAD; ESTREÑIMIENTO CRÓNICO DESDE HACE 20 AÑOS; USA LAXANTES.

PA: LEUCOMA OI DESDE LOS 7 AÑOS DE EDAD; USA LENTES DESDE HACE 20 AÑOS; TRAUMA OI EN NOV. 83 CON DR (DESPRENDIMIENTO DE RETINA) TOTAL, VISTO EN EL SERVICIO DE RETINA DEL HOSP. OFTALMOLOGÍA CIVIL, CONSIDERADO COMO INOPERABLE. INICIA SU PADECIMIENTO ACTUAL HACE 25 DÍAS, CON SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO, SIGNOS INFLAMATORIOS, ARDOR, LEVE DOLOR, CRECIMIENTO RELATIVAMENTE RÁPIDO.

EF: MALA HIGIENE BUCAL; ADONCIA PARCIAL, CARIES EN VARIOS GRADOS; CICATRICES CERVICALES LATERAL IZQUIERDA (PROB. GANGLIO); CIFOSIS DORSAL, MAMAS ATROFICAS; UMBILICACIÓN BILATE-



HEMANGIOMA CAVERNOSO CONJUNTIVAL TARSAL SUPERIOR

RAL DEL PEZÓN. CISTOCELE VAGINAL GRADO I; CÉRVIX ATRÓFICO;
TACTO RECTAL NORMAL; DERMATOSIS INTERTRIGINOSA EN LOS
PIES.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: AV: OD: 20/40 NM; OI: NPL (NO PERCIBE
LUZ); OD: LEUCOMA ADHERENTE EN EL M DE LAS V; TRACCIONA LA
PUPILA HACIA LAS V; OI: TUMOR LÍMBICO M DE LAS III, BOR-
DES LOBULADOS, SUPERFICIE BLANQUECINA, CON PEQUEÑOS VASOS;
FIJO A LA PERIFERIA CORNEAL; 5 X 5 MM; LEUCOMA CORNEAL
CENTRAL VASCULARIZADO, CA ESTRECHA, RUBEOSIS IRIDIS, PUPILA
IRREGULAR, CATARATA; OJO HIPOTÓNICO. FO: OD: NORMAL; OI: NV.
LABORATORIO: 05-07-84: Hb 16.0, Ht 49.3, PLAQUETAS 400 000,
TTP 30"/30", GLUC 80, UREA 17, EGO NORMAL.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA: ALTERACIONES CELULARES DE DISPLA-
SIA LIGERA; 16-07-84

DX CLINICO: PAPILOMA VS CA EPIDERMÓIDE CONJUNTIVAL OI.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN-BIOPSIA 17-07-84

REPORTE DE PATOLOGIA: 23-07-84: CA EPIDERMÓIDE BIEN DIFE-
RENCIADO INFILTRANTE.

EVOLUCION: 02-08-84: LEVE BLEFAREDEMA SUPERIOR OI, ÚLCERA
TRÓFICA OI CURADA; NEOVASCULARIZACIÓN CORNEAL INFERIOR IN-
CIPIENTE;

29-11-84: SIN AT.

CASO # 53

NOMBRE: S.R.F.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 18 AÑOS

ORIGEN: EDO. DE PUEBLA

RESIDE: ESTADO DE MÉXICO

Ocupación: OBRERO EN UNA FÁBRICA DE VIDRIO

ESCOLARIDAD: III DE PRIMARIA

FECHA DE ESTUDIO: 13-05-81

Dx: HEMANGIOMA CAVERNOSO CONJUNTIVAL OD

AHF: PADRE FALLECIDO POR PROBABLE CHAN; CINCO HERMANOS SANOS,
RESTO NEGADO.

APNP: REGULARES CONDICIONES HD; TABAQUISMO NEGATIVO,
ALCOHOLISMO OCASIONAL; NIEGA TOXICOMANÍAS; NO RECUERDA
SOBRE INMUNIZACIONES.

APP: OPERADO DEL LABIO SUPERIOR POR TUMOR EN LA INFANCIA;
PADECIÓ SARAMPIÓN Y TOSFERINA EN LA INFANCIA.

PA: MANCHO ROJO VINOSO OD DESDE HACE UN AÑO; CRECIMIENTO
LENTO Y PROGRESIVO; AUMENTO DE VOLUMEN, BAJA VISUAL.

EF: DOLOR A LA PALPACIÓN EN MARCO COLÓNICO.

EXPLORACION OFTALMOLÓGICA: AV:OD: 20/30 DIF AO.

TUMOR ROJO 9 MM DIÁMETRO, BLANDO, INDOLORO, EN PARTE INTERNA
DEL PÁRPADO SUPERIOR OD BORDE LIBRE; FORMACIÓN ROJO-VINOSO
CONJUNTIVA CANTO INTERNO INDOLORO; SE INSINÚA ENTRE LA
PLICA Y EL RESTO DE CONJUNTIVA. MOVILIDAD OCULAR (MO), TIO
Y FC NORMAL.

LABORATORIO: 27-11-81: Hb 17.0; HT 51.6, PLAQUETAS 350 000,
22-07-81: GLUC 87, UREA 28, EGO: NORMAL.

RADIOLÓGIA: Tx NORMAL 27-08-81. ARTERIOGRAFÍA TEMPORAL
SUPERFICIAL DERECHA 13-10-81.

DX CLINICO: HEMANGIOMA DE PÁRPADO Y CONJUNTIVA DERECHAS.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN BIOPSIA 02-06-81 PÁRPADO.

RESECCIÓN DE HEMANGIOMA NASOGENIANO DERECHO 07-09-81.

EXCISIÓN-BIOPSIA CONJUNTIVAL OD 21-09-82.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: 27-09-82: BIOPSIA DE CONJUN-
TIVA BULBAR: HEMANGIOMA CAVERNOSO.

EVOLUCION: 06-01-83: ASINTOMÁTICO, LAGRIMED OCASIONAL, SIN
DATOS DE RECIDIVA:

10-11-83: TUMOR ESTABLE.

CASO # 54

NOMBRE: G.A.C.O.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 27 AÑOS

ORIGEN: TIJUANA, B.C.

RESIDE: DF

OCUPACIÓN: MÉDICO CIRUJANO

FECHA DE ESTUDIO: 06-11-83/07-08-84

RELIGIÓN: CATÓLICO

PILL: BLANCO.

DX: HEMANGIOMA CAPILAR CONJUNTIVAL OD.

AHF: ABUELO PATERNO FALLECIDO X ENFISEMA PULMONAR; ABUELO MATERNO FALLECIDO EN DIABETES INCONTROLADA; TÍO MATERNO FALLECIDO CON CARDIOPATÍA INESPECIFICADA; HERMANO CON ESTENOSIS AÓRTICA ASINTOMÁTICA. TÍA MATERNA CON ESTRABISMO Y AMBLIOPÍA.

APNP.- EXCELENTES HÁBITOS HD; NO FUMA, NO TOMA ALCOHOL. ALCOHOLISMO OCASIONAL, CERVEZA, HASTA HACE DOS MESES, DESDE LOS 22 AÑOS. INMUNIZACIONES COMPLETAS. PRACTICA ESCASA GIMNASIA. HABITACIÓN CON TODOS LOS SERVICIOS URBANOS.

APP: DISARTRIA DESDE LA INFANCIA; ACNÉ EN LA ADOLESCENCIA; SALMONELOSIS (INTOXICACIÓN ALIMENTARIA) EN 1981; HEPATITIS INFECCIOSA EN MAYO-JUNIO DEL 84; CUADROS OCASIONALES DE GRIPE Y ENTERITIS; AMIBIASIS INTESTINAL EN 1982.

PA: PEQUEÑA MANCHA ROJA CONJUNTIVAL CERCA DEL LIMBO M DE LAS IV Y MEDIA, DESDE HACE APROXIMADAMENTE 6-7 AÑOS, AL PARECER NO CRECE, ASINTOMÁTICA.

EF: ALOPECIA INCIPIENTE. RESTO NORMAL.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: AV: 20/15 AO.

AGLOMERACIÓN VASCULAR OD LIMBO, M DE LAS IV 1/2.

DE 0.1 MM DIÁMETRO, RESTO NORMAL.

LABORATORIO: 07-06-84: Hb 16.5, HT 52.0, GLUC 90, CREAT 1.0,

RADIOLOGIA: Tx NORMAL 16-06-74

UX CLINICO: HEMANGIOMA CAPILAR CONJUNTIVAL OD.

TRATAMIENTO: VIGILANCIA PERIÓDICA. SE TOMA FOTOGRAFÍA CON BIOMICROSCOPIO.

EVOLUCION: 12-11-84: ASINTOMÁTICO, SIN SIGNOS DE CRECIMIENTO O MODIFICACIONES.

CASO # 55

NOMBRE: M.S.M.A.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 17 AÑOS

ORIGEN: DF

RESIDE: DF

OCUPACIÓN: ESTUDIANTE

ESCOLARIDAD: III SECUNDARIA.

FECHA DE ESTUDIO: 05-10-81

DX: NEVO INTRADÉRMICO SUBMUCOSO CARÚNCULA OI.

AHF: PADRE MADRE, HERMANOS, VIVOS Y SANOS. ABUELO MATERNO FALLECIDO, JUNCHA CAUSA; ABUELA MATERNA SANA; ABUELOS PATERNOS SANOS, RESTO NEGADO.

APNP: MSE MEDIO-BAJO; CASA PROPIA, CON TRES RECÁMARAS Y NUEVE PERSONAS; TODOS LOS SERVICIOS, BAÑO DIARIO; MALA ALIMENTACIÓN, ALCOHOLISMO Y TABAQUISMO NEGADOS.

APP: PRESENTÓ TRES EPISODIOS DE CRISIS CONVULSIVAS HACE UN AÑO; TOMÓ MEDICAMENTOS POR UN MES, CEDIENDO TOTALMENTE EL CUADRO; RESTO NEGADO.

PA: LO INICIA HACE DOS AÑOS, AL NOTAR PIGMENTACIÓN DE CARÚNCULA DERECHA, CON ARDOR, LAGRIMEO Y AUMENTO DE VOLUMEN. EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA (GENERAL, NORMAL): AV: OD: 20/20 01: 20/20; OD: HIPEREMIA +, PIGMENTACIÓN OSCURA EN PARTE DE LA CARÚNCULA, CON DISCRETO AUMENTO DE TAMAÑO EN RELACIÓN A LA CARÚNCULA CONTRALATERAL, RESTO NORMAL.

LABORATORIO: 29-09-81: Hb 14.8, HT 44.5, PLAQUETAS 396 000, TP 100%, GLUC 83, UREA 33, EGO NORMAL.

RADIOLOGIA: Tx NORMAL 01-10-81;

DX CLÍNICO: MELANOSIS DE CARÚNCULA VS MELANOMA

TRATAMIENTO: BIOPSIA EXCISIONAL 20-10-81.

REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO: 23-10-81: BIOPSIA CARÚNCULA: NEVO INTRADÉRMICO SUBMUCOSO.

03-02-82: (EVOLUCIÓN): ASINTOMÁTICA, ALTA.

CASO # 56

NOMBRE: M.F.R.C.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 24 AÑOS

ORIGINARIA: DF

RESIDE: DF

OCUPACIÓN: EMPLEADA

ESCOLARIDAD: SECUNDARIA.

FECHA DE ESTUDIO: 11-04-84

Dx: NEVO CONJUNTIVAL OD.

AHF: ABUELOS MUERTOS, DESCONOCE CAUSA; ABUELA MATERNA VIVA Y SANA AL PARECER; MADRE VIVA, TIROIDECTOMIZADA, HISTERECTOMIZADA CON SOB(SALPINGOOFORRECTOMÍA BILATERAL), PADRE SANO, UN HERMANO CON CARDIOPATÍA REUMÁTICA; MADRE DIABÉTICA E HIPER-

TENSA; PRIMA HERMANA MUERTA POR LEUCEMIA.

APNP: MSE MEDIO-BAJO; ALIMENTACIÓN REGULAR; FUMA CINCO CIGARRILLOS DIARIOS; ALCOHOLISMO OCASIONAL.

APP: COLECISTECTOMÍA HACE DOS AÑOS POR COLECISTITIS LITIÁSICA CRÓNICA; EN TRATAMIENTO POR CRISIS JACKSONIANAS CON DIFENILHIDANTOÍNA, RESTO NEGADO.

PA: NEVO CONJUNTIVAL OD DESDE LA INFANCIA; CONJUNTIVA BULBAR LADO NASAL, NEGRO.

EF: ADONCIA PARCIAL; MÚLTIPLES CARIES MOLARES; GANGLIOS INFLAMATORIOS CERVICALES POSTERIORES Y ESPINALES IZQUIERDOS; POLITELIA HIPOCONDRIO DERECHO; AUMENTO DE NODULARIDAD MAMARIA; SECRECIÓN AMARILLO VERDOSA POR AMBOS PEZONES; CICATRIZ PARAMEDIA DERECHA SUPRAUMBILICAL; CERVICITIS, VÁRICES SAFENA INTERNA GRADO I.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: AV:OD: 20/20; OI: 20/25(.) 20/20. OD: NEVO A 3 MM DEL LIMBO EN EL M DE LAS III, DE 2 MM DE DIÁMETRO, BORDES IMPRECISOS; FO: OD: CICATRIZ CORIORRETINIANA MACULAR SUPERIOR, RESTO NORMAL.

LABORATORIO: 17-04-81: Hb 14.5, Ht 43.3, PLAQUETAS 430 000, TTP: 25"/25", GLUC 87, UREA 15; EGO NORMAL.

RADIOLOGIA: TX NORMAL 15-04-84.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA: (CÉRVICO-VAGINAL Y DE LA SECRECIÓN DEL PEZÓN): 17-04-84, NORMALES.

UX CLINICO: NEVO CONJUNTIVAL OD.

TRATAMIENTO: VIGILANCIA PERIÓDICA.

CASO # 57

NOMBRE: B.A.C.V.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 68 AÑOS

ORIGEN: CUERNAVACA, MOR.

RESIDE: CUERNAVACA, MOR.

OCUPACIÓN: JUBILADO.

FECHA DE ESTUDIO: 08-12-76

Dx: CA EPIDERMÓIDE CONJUNTIVAL OD

AHF: PADRE MUERTO A LOS 90 AÑOS DE EDAD, SE IGNORA CAUSA; MADRE MUERTA A LOS 75 AÑOS DE EDAD, POR PROBABLE INSUFICIENCIA HEPÁTICA. HERMANO MUERTO A LOS 35 AÑOS DE EDAD PROBABLEMENTE POR ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA; UN HIJO DE 50 AÑOS, SANO.

APNP: CASA EN BUENAS CONDICIONES; TODOS LOS SERVICIOS; BUENA ALIMENTACIÓN; MALA HIGIENE PERSONAL; ALCOHOLISMO HASTA LOS 27 AÑOS DE EDAD, TEQUILA Y ANÍS; FUMÓ DOS CAJETILLAS DIARIAS DE CIGARRILLOS HASTA LOS 50 AÑOS.

APP: SÍFILIS HACE 12 AÑOS; GONORRREA A LOS 20 AÑOS DE EDAD; INSOMNIO DESDE LOS 50 AÑOS; HERIDA EN EL OD EN 1959, OPERADO EN EL OMLR; POSTERIORMENTE POR CATARATA Y PTERIGIÓN.

PA: HACE 5 MESES SE LE RESECA HERNIA DE IRIS OD EN CUERNAVACA, Y TUMORACIÓN, REPORTADA COMO CA CONJUNTIVAL.

EF: CICATRIZ REGIÓN TEMPORAL; NEVO EN CARA ANTERIOR DE TÓRAX; TUMOR ESCROTAL DE 3 MM; PRÓSTATA NORMAL.

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA:

AV: OD: CD A 40 CM. OI: 20/25 DIF

OD: LEUCOMAS POCO DENSOS, DIFUSOS EN TODA LA CórNEA, CON ALGUNAS ZONAS DE DESEPITELIZACIÓN, CON VASCULARIZACIÓN SUPERFICIAL Y PROFUNDA; ASPECTO FIBROSO SUPERFICIAL; EN SECTORES NASALES. DEPRESIÓN PIGMENTADA EN EL M DE LAS X. CA AMPLIA, BIEN FORMADA, PUPILA TRACCIONADA HACIA LAS X. FO: ANGIOESCLEROSIS.

LABORATORIO: VDRL NEGATIVO; FECHA: 16-11-76.

Hb 14.7, HT 43.5, GLUC 100, UREA 33, EGO NORMAL.

RADIOLÓGIA: Tx CAMBIOS SENILES. FECHA 24-11-76; SIN MTS O PATOLOGÍA AGUDA PULMONAR.

CITOLOGÍA EXFOLIATIVA: 14-01-77: CLASE I: "NO HAY CÉLULAS MALIGNAS".

UX CLÍNICO: CA INTRAEPITELIAL CORNEO-CONJUNTIVAL.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN-BIOPSIA 17-05-77

REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO: 21-05-77: CA EPIDERMÓIDE (NO PRECISABLE SIN INVASOR O INTRAEPITELIAL).

EVOLUCIÓN: 30-07-84: SIN AT: ÚLCERAS CORNEALES OD TRÓFICAS YA CICATRIZADAS. 21-11-84: SIN AT.

CASO # 58

NOMBRE: Q.C.M.I.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 54 AÑOS

ORIGEN: MATAMOROS, TAMPS.

RESIDE: DF, DESDE HACE 45 AÑOS

OCCUPACIÓN: AGENTE DE VENTAS

ESCOLARIDAD: PRIMARIA Y COMERCIO

FECHA DE ESTUDIO: 26-01-84

DX: PROB. PAPILOMA CONJUNTIVAL OD.

AHF: ABUELOS PATERNOS FALLECIDOS POR CARDIOPATÍA INESPECIFICADA; ABUELO MATERNO MUERTO POLITRAUMATIZADO, A LOS 79 AÑOS; ABUELA MATERNA MUERTA A LOS 82 AÑOS POR NEUMONÍA; PADRE CON HTA, HERMANA DIABÉTICA.

APNP: AGENTE DE VENTAS DE AIRE ACONDICIONADO; TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO NEGATIVOS; HABITACIÓN CON TODOS LOS SERVICIOS; BUENA ALIMENTACIÓN Y BUENA HIGIENE.

APP: SARAPIÓN Y VARICELA EN LA INFANCIA; OLIGOMENORREA; CUADROS GRIPALES Y BRONQUIALES OCASIONALES; FX TIBIOPERONEA; HTA CONTROLADA.

PA: INICIA HACE DOS MESES, CON SENSACIÓN DE CE OD, CON LAGRIMEO; TRATADA CON COLIRIOS INESPECIFICADOS; PERSISTE TUMOR CONJUNTIVA BULBAR OD.

EF: ADONCIA MÚLTIPLE, CARIES Y SARRO; RESTO NORMAL.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: AV: OD: 20/25; OI: 20/20

OD: TUMOR CONJUNTIVA BULBAR 2 X 2 MM, CON SIGNOS INFLAMATORIOS EN SU BASE; REDONDEADO, BORDES LISOS, A 4 MM DEL LIMBO, DESPLAZABLE. TIO AO 5/5.5 (SCHÖTZ).

LABORATORIO: 24-01-84: HB 15.1, HT 46.3, TPT 29/25, GLUC 98, UREA 20, EGO NORMAL.

RADIOLOGIA: TX NORMAL 27-01-84.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA: 31-01-84: ALTERACIONES SUGERENTES DE PAPILOMA.

DX CLINICO: PROB. PAPILOMA CONJUNTIVAL

TRATAMIENTO: VIGILANCIA PERIÓDICA.

EVOLUCION: 23-07-84: TUMOR ESTABLE, ASINTOMÁTICA.

CASO # 59

NOMBRE: R.G.R.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 36 AÑOS

ORIGEN: LLANO DE RODOESÍ, SIN.

RESIDE: CULIACÁN, SIN.

OCCUPACIÓN: AGENTE DE VENTAS

FECHA DE ESTUDIO: 20-05-81

DX: MELANOMA MALIGNO CONJUNTIVAL OD.

AHF: MADRE CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR); PADRE FALLECIDO POR ENFERMEDAD ULCEROSA PÉPTICA; ONCE HERMANOS, UNO FALLECIDO EN PERÍODO NEONATAL; ESPOSA E HIJOS SANOS; PRIMA MATERNA FALLECIDA POR PROBABLE CAQU.

APNP: MSE MEDIO, CASA CON TODOS LOS SERVICIOS URBANOS, TABAQUISMO NEGATIVO, ALCOHOLISMO OCASIONAL; BUENA HIGIENE; ALIMENTACIÓN ADECUADA.

APP: SARAMPIÓN Y PAROTIDITIS EN LA INFANCIA; DRENAJE DE ABSCESO PAROTÍDEO. RESTO NEGATIVO.

EA: INICIA EN FEBRERO 1981, CON SENSACIÓN DE CE, LAGRIMEO, FOTOFOBIA OD, HIPERPIGMENTACIÓN CONJUNTIVAL BULBAR INFERIOR; OPERADO HACE 20 DÍAS.

EF: NORMAL.

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA:

AV: OD: 20/20 OI: 20/20 HIPEREMIA OD MIXTA ++,
QUERATECTOMÍA SUPERFICIAL; RETROIMPLANTE DE CONJUNTIVA INFERIOR, RESTO NORMAL.

LABORATORIO: 18-05-81: HB 17.1, HT 51.4, PLAQUETAS 200 000, TP 92%, GLUC 98, UREA 26, EGO NORMAL, VDRL NEGATIVO.

HAUTOLOGÍA: TX NORMAL, SIN MTS, 31-07-84.

DX CLÍNICO: MELANOMA CONJUNTIVAL OD.

TRATAMIENTO: QUERATECTOMÍA AMPLIADA, CON ESCLERECTOMÍA, RESECCIÓN CONJUNTIVAL AMPLIA; INJERTO DE MUCOSA ORAL. 26-05-81.

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS: QUERATECTOMÍA MUY SUPERFICIAL, SIN EVIDENCIA DE ESCLERECTOMÍA.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: 19-05-81: REVISIÓN DE LAMINILLAS: MELANOMA MALIGNO CON TUMOR A 0.1 MM O MENOS.

EVOLUCIÓN: 30-07-84: SIN AT O EVIDENCIA DE MTS; ASINTOMÁTICO.

CASO # 60

NOMBRE: H.A.M.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 59 AÑOS

ORIGEN: PUEBLA, PUE.

RESIDE: DF, HACE 54 AÑOS

Ocupación: OBRERO DEL CALZADO

ESCOLARIDAD: VI DE PRIMARIA

FECHA DE ESTUDIO: 23-06-80

Dx: CA EPIDERMÓIDE CONJUNTIVAL INVASOR OI

AHE: ABUELOS PATERNOS SE IGNORA; ABUELOS MATERNOS TAMBIÉN SE IGNORA; PADRE Y MADRE FALLECIDOS; DIEZ HERMANOS, ESPOSA E HIJOS, SANOS.

APNF: CASA-HABITACIÓN CON TODOS LOS SERVICIOS, AMPLIA, CÓMODA, DIETA ADECUADA, BUENA HIGIENE PERO NULO ASEO ORAL; ALCOHOLISMO C/SEMANA, TABAQUISMO POSITIVO+.

APP: EN LA INFANCIA, SARAMPIÓN, DIARREAS, GRIPES; GRANULOMAS EN PIEL DE MANDÍBULA POR ACCIDENTE VIAL, TRATADO EN EL HTO (HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA), CMN. ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA A LOS 50 AÑOS DE EDAD.

PA: INICIA HACE 7 AÑOS, CON NEOPLASIA OI SECTOR BULBAR INTERNO, CON POCAS MOLESTIAS, DE CRECIMIENTO LENTO.

TRATAMIENTOS PREVIOS: COLIRIOS INESPECIFICADOS (ASTRINGENTES??).

EF: ADONCIA PARCIAL, PIEZAS DENTARIAS EN MALAS CONDICIONES, RESTO NORMAL.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: AV: 20/30 AO. OI: NEOFORMACIÓN CONJUNTIVAL LÍMBICA DEL M. DE LAS XII A LAS VII EN SENTIDO ANTIHORARIO, INVADIRÍA Córnea 3-4 mm; SE INSERTA A 4.5 mm DEL LIMBO; FIJO, VASCULARIZADO, MULTILOBULADO; FO: ANGIOESCLEROSIS. LABORATORIO: 16-06-80: HB 15.6, HT 49.6, PLAQUETAS 300 000, TPT 32/30", GLUC 87, UREA 23, EGO NORMAL.

RADIOLOGIA: TX NORMAL. 18-06-80

CITOLOGIA EXFOLIATIVA: 26-06-80: CLASE II: ALGUNAS CÉLULAS ANUCLEADAS; NO HAY CÉLULAS MALIGNAS.

DX CLINICO: CA EPIDERMÓIDE CONJUNTIVAL.

TRATAMIENTO: EXCI SIÓN-BIOPSIA CON INJERTO DE MUCOSA ORAL
08-08-80.

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS: MASA FUNGOIDE QUE CUBRE SECTOR
NASAL DE CórNEA Y CONJUNTIVA OI.

REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO: 12-08-80: "CA EPIDERMÓIDE IN-
VASOR BIEN DIFERENCIADO DE CONJUNTIVA OCULAR. LÍMITES
QUIRÚRGICOS LIBRES AMPLIOS DE NEOPLASIA."

EVOLUCION:

30-07-84: SIN AT, NI LOCAL NI REGIONAL, ASINTOMÁTICO.

14-12-84: SIN AT.

CASO # 61

NOMBRE: K.A.R.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 44 AÑOS

ORIGEN: CULIACÁN, SIN.

RESIDE: DF, DESDE HACE 34 AÑOS.

OCUPACIÓN: CHOFER DE TRAILER

ESCOLARIDAD: V DE PRIMARIA.

FECHA DE ESTUDIO: 01-12-83

Dx: HIPERPLASIA LINFOIDE CONJUNTIVA BULBAR OD

MHF: IGNORA SOBRE ABUELOS; PAURE ASESINADO A LOS 50 AÑOS;
MADRE CON HTA; MEDIA HERMANA SANA; ESPOSA DE 45 AÑOS, SANA;
4 HIJOS SANOS.

APNP: FUMA 6-7 CIGARRILLOS DIARIOS; ALCOHOLISMO NEGADO; CASA
CON TODOS LOS SERVICIOS; BUENAS HIGIENE Y ALIMENTACIÓN;
INMUNIZACIONES: ANTIVARIOLOSA, BCG, ANTITETÁNICA.

APP: SÍNDROME ULCEROSO EN 1975, CON HEMATEMESIS Y MELENA;
OPERADO EN 1982, EFECTUANDO GASTRECTOMÍA SUBTOTAL; OPERADO DEL
OD POR PTERIGIÓN EN 1975 EN EL CMLR; ATROPELLADO EN 1983, CON Fx
TIBIOPERONEA Y TCE.

PA: INICIA 15 DÍAS POSTERIOR ALTRAUMATISMO MENCIONADO EN APP,
CON PROPTOSIS OD, DOLOR, LAGRIMEO, HIPEREMIA.

EF: CICATRIZ MEDIA SUPRAUMBILICAL. ADENOMEGALIAS INGUINALES.
PRÓSTATA LEVEMENTE AUMENTADA.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: AV:OD: 20/25(.)20/20,
OI: 20/25(.)20/20;HEMANGIOMA EN CARA DESDE REGION FRONTAL,
EXOFTALMOMETRIA (BARRA 95 MM) OD 14, OI 12 MM; OD CON AUMENTO
DE VOLUMEN CONJUNTIVAL, CONGESTION DE TODA LA CONJUNTIVA,
RESTO NORMAL.

LABORATORIO: 10-11-83: Hb 16.1, HT 48.0, PLAC. 380 000,
TP 100, GLUC 77, UREA 32, L60 NORMAL.

RADIOLOGIA: SPN 01-12-83: ENGROSAMIENTO DE MUCOSA DE LOS
CORNETES INFERIORES.

UX CLINICO: LINFANGIECTASIA CONJUNTIVAL OD.

TRATAMIENTO: COLIRIO DE PRADNISOLONA.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO: 16-05-84: FRAGMENTOS DE MUCOSA
CONJUNTIVAL CON CONGESTION VASCULAR Y DILATACION LINFATICA
E INFLAMACION CRONICA FOCAL.

EVOLUCION:

28-05-84: HIPEREMIA Y QUEMOSIS CONJUNTIVALES ++, RESTO
NORMAL.

08-10-84: TUMOR ESTABLE.

CASO # 62

NOMBRE: G.M.A.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 62 AÑOS

ORIGINARIO: Cd. NEZAHUALCÓYOTL, EDO. MEX.

RESIDE: MISMO

Ocupación: HOGAR Y PARTERA EMPÍRICA

ESCOLARIDAD: III DE PRIMARIA

FECHA DE ESTUDIO: 02-08-84

Dx: PROB. HEMANGIOMA CONJUNTIVAL OD

AHF: IGNORA SOBRE ABUELOS; IGNORA SOBRE PADRE Y MADRE;
TRES HERMANOS FALLECIDOS EN LA INFANCIA; 7 HIJOS SANOS.

APNP: BUENA ALIMENTACION E HIGIENE, MSE BAJO, CASA CON
TODOS LOS SERVICIOS, NIEGA TOXICOMANIAS.

APP: PALUDISMO A LOS 21 AÑOS, ASCARIDIASIS; ALÉRGICA A LA PENI-
CILINA.

PA: CA BASOCELULAR DE MEJILLA OPERADO Y RADIADO HACE 4 AÑOS;
LESION SOSPECHOSA DE HEMANGIOMA NO DETECTADA POR LA PA-
CIENTE.

EF: CISTO-RECTO-CELE. MULTÍPARA; INCONTINENCIA DE ESFUERZO (VESICAL).

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA: AV: OD: 20/40 (.) 20/30,

OI: 20/30 NM; LEVE ECTROPIÓN PÁRPADO INFERIOR OI.

LABORATORIO: 22-05-80: HB 15.1, HT 46.9, PLAQUETAS 350 000,

TPT 29/30", GLUC 7%, UREA 22, EGO NORMAL, VDRL NEGATIVO.

RADIOLOGÍA: TX SIN EV DENCIA DE NTS, POR LO DEMÁS NORMAL,
12-11-82.

DX: CLINICO: PROBABLE HEMANGIOMA CONJUNTIVAL OD.

TRATAMIENTO: SE TOMAN TRES FOTOGRAFÍAS DE CONTROL CON
BIOMICROSCOPIO.

EVOLUCION:

02-06-84: ASINTOMÁTICO.

03-10-84: TUMOR ESTABLE.

CASO # 63

NOMBRE: R.M.C.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 62 AÑOS

ORIGEN: STA. CRUZ, EDO. MEX

RESIDE: ESTADO DE MÉXICO.

OCUPACIÓN: FERROCARRILERO JUBILADO (GARROTERO).

FECHA DE ESTUDIO: 01-08-84

DX: MELANOMA MALIGNO CONJUNTIVAL OI.

AHF: PADRE FALLECIDO POR ÚLCERA DUODENAL SANGRANTE; MADRE FALLECIDA POR NEUMONÍA; HERMANO FALLECIDO POR TROMBOSIS CEREBRAL, NUEVE HIJOS SANOS.

APNP: BUENOS HÁBITOS HD; CASA CON TODOS LOS SERVICIOS, AMPLIA Y CÓMODA; FUMA 5 A 20 CIGARRILLOS DIARIOS DESDE LOS 20 AÑOS DE EDA; ALCOHOLISMO OCASIONAL.

APP: DIABETES MELITUS DESDE 1965, TRATADO CON HIPOGLUCEMIANTES ORALES; HERNIORRAFIA INGUINAL EN 1975.

PA: LO INICIA HACE UN AÑO, AL NOTAR QUE UNA LESIÓN PIGMENTADA QUE EL PACIENTE TENÍA DESDE EL NACIMIENTO, MOSTRÓ AUMENTO DE VOLUMEN Y CAMBIOS EN LA PIGMENTACIÓN.

TRATAMIENTOS PREVIOS: OPERADO EN EL CENTRO MÉDICO LA RAZA, EL 01-06-84, EXÉRESIS DE LESIÓN PIGMENTADA DEL OI. SE OPERÓ CON TÉCNICA DE ESCLERA DESCUBIERTA.

EF: NORMAL.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA : PRESENTABA LESIÓN PIGMENTADA EN LIMBO DE SECTOR NASAL, DE 1 X 2 MM, QUE INVADE Córnea, EN FORMA INCIPIENTE, EN EL M DE LAS IX.

LABORATORIO: GLUC 236, 16-05-84, EGO NORMAL;
23-07-84: GLUC 257, UREA 21, TSGO 19, TSGP 23, Hb 16.3,
HT 49.5, PLAQ. 300 000, TTP 33/31".

RADIOLOGIA: Tx NORMAL 26-07-84.

DX CLINICO: MELANOMA CONJUNTIVAL OPERADO.

TRATAMIENTO: AMPLIACIÓN DE BORDES QUIRÚRGICOS CON ETO,
EL 28-09-84.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO:

19-06-84 (CMLR): MELANOMA MALIGNO DE CONJUNTIVA.

24-07-84: (LAMINILLAS): MELANOMA MALIGNO TIPO EPITELIOIDE, DE CONJUNTIVA BULBAR, INFILTRANTE.

03-10-84: FRAGMENTOS DE CONJUNTIVA, NORMAL.

EVOLUCION:

13-08-84: NO SE OBSERVA AT.

28-09-84: AMPLIACIÓN DE BORDES.

26-11-84: SIN AT LOCAL O REGIONAL NI MTS.

CASO # 64

NOMBRE: I.L.I.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 49 AÑOS

ORIGEN: CULIACÁN, SIN.

RESIDE: DF, DESDE HACE 34 AÑOS

Ocupación: HOGAR

FECHA DE ESTUDIO: 06-08-84

RELIGIÓN: CATÓLICA.

Dx: PAPILOMA CONJUNTIVA BULBAR OI.

AHF: PADRE MUERTO ASESINADO; MADRE DIABÉTICA ATROPELLADA Y MUERTA; UN HERMANO DIABÉTICO; PRIMA MATERNA DIABÉTICA, FALLECIDA POR CA VESICULAR; PRIMA CON CA EPIDERMIOIDE DE CAE (CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO), PRIMA CON CA DE MAMA.

APNP: BUENA ALIMENTACIÓN, CASA SOLA CON TODOS LOS SERVICIOS; FUMA 4-5 CIGARRILLOS DIARIOS. ALCOHOLISMO NEGADO.

APP: PALUDISMO A LOS 7 AÑOS DE EDAD; HIPOACUSIA IZQUIERDA.
APENDICECTOMÍA A LOS 18 AÑOS DE EDAD; COLPORRAFIA AN-
TERIOR A LOS 33 AÑOS DE EDAD; HISTERECTOMÍA ABDOMINAL
+ SOB A LOS 45 AÑOS.

FA: ENGROSAMIENTO CONJUNTIVAL BULBAR INTERNO OI DE 2
AÑOS DE EVOLUCIÓN; SENSACIÓN DE CE, PRURITO OCASIONAL.
TACTO EN TUBOS PULVICOS: EXÉRESIS DE PTERIGIÓN OI HACE
14 AÑOS.

EF: EXPLORACIÓN MAMARIA SIN ALTERACIONES, AXILAS NEGATI-
VAS, CICATRICES ABDOMINALES MEDIA INFRAUMBILICAL Y EN
CUADRANTE INF. DER.; TACTO RECTAL NORMAL; FIBROSIS
VAGINAL CÚPULA SIN ALTERACIÓN.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA:

AV: 20/20 AO. BM: OD M. DE LAS IX: PTERIGIÓN INCIPIENTE.
OI: LESIÓN LEUCOPLÁQUICA M. DE LAS IX, BLANQUECINA,
NACARADA, CANTO INTERNO, INVAD E Córnea.

LABORATORIO:

14-08-84: Hb 14.6, HT 43.2, TTP 32/29", GLUC 83, UREA 28,
EGO NORMAL.

RADIOLOGIA: Tx NORMAL 16-08-84.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA:

10-08-84: "MATERIAL INSUFICIENTE" (CONJUNTIVA)

15-08-84: "CLASE II, ALTERACIONES INFLAMATORIAS INES-
PECÍFICAS" (CÉRVICO-VAGINAL).

UX CLINICO: DESCARTAR CA CONJUNTIVAL OI

TRATAMIENTO: EXCISIÓN-BIOPSIA 11-09-84.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO:

21-09-84: PAPILOMA.

EVOLUCION:

31-10-84: ASINTOMÁTICA OCULAR; NO RECIDIVA. PANNUS EN EL
M. DE LAS X INVASOR CORNEAL, NO ASPECTO TUMORAL.

CASO # 65

NOMBRE: R.E.C.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 66 AÑOS

ORIGEN: AGUASCALIENTES, AGS.

RESIDE: DF, DESDE HACE 19 AÑOS

OCUPACIÓN: HOGAR

ESCOLARIDAD: PRIMARIA,

FECHA DE ESTUDIO: 15-08-84

DX: GRANULOMA CONJUNTIVA TARSAL INFERIOR OD.

AHF: PADRES FALLECIDOS POR AVC, UN HERMANO FALLECIDO POR PERITONITIS Y OTRO POR BRONCONEUMONÍA; UNA HIJA FALLECIDA POR LEUCEMIA;.

APNP: MSE BAJO; HIGIENE ACEPTABLE; TABAQUISMO NEGADO; ALCOHOLISMO MUY OCASIONAL.

APP: HTA DESDE HACE 8 AÑOS.

PA: NOTA DESDE HACE 3 MESES UN TUMOR EN LA CONJUNTIVA TARSAL INFERIOR OD CERCA DEL BORDE LIBRE, EN UNIÓN DEL TERCIO MEDIO CON TERCIO INTERNO; LEVE REGRESIÓN DEL MISMO CON INFUSIÓN DE MANZANILLA.

TRATAMIENTOS PREVIOS: EXÉRESIS DE QUISTE CONJUNTIVAL HACE 29 AÑOS.

EXPLORACION GENERAL: ADONCIA TOTAL; MAMAS NORMALES, SIN MASAS; AXILAS NORMALES; GRAN PANÍCULO ADIPOSEO ABDOMINAL; EROSIÓN DEL CÉRVIX; LESIONES EXCRECENTES; SE TOMA CITOLOGÍA.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: CV: OD: 20/60(.)20/25

OI: 20/80(.)20/60; TUMOR DE 3 MM QUE PROTRUYE LEVEMENTE HACIA PIEL PALPEBRAL.

LABORATORIO:

10-08-84: GLUC 93, UREA 23, EGO NORMAL, Hb 14.7, HT 45.9, TTP 33/28"

CITOLOGIA EXFOLIATIVA: 08-08-84: EXUDADO INFLAMATORIO.

DX CLINICO: PROBABLE GRANULOMA CONJUNTIVA TARSAL INFERIOR OD.

TRATAMIENTO: PREDNISOLONA COLIRIO 1 X 3. SEGÚN EVOLUCIÓN SE PROGRAMARÁ BIOPSIA.

EVOLUCION:

23-08-84: ESTABLE.

12-12-84: ESTABLE, SIN AT.

CASO # 66

NOMBRE: A.L.C.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 51 AÑOS

ORIGEN: DF

RESIDE: DF

OCUPACIÓN: HOGAR

ESCOLARIDAD: PRIMARIA Y COMERCIO

FECHA DE ESTUDIO: 23-08-84

DX: HIPERPLASIA MALIGNA PSEUDOEPITELIOMATOSA CONJUNTIVAL OD.

CA BASOCELULAR PÁRPADO INFERIOR OD.

AHF: PADRE FALLECIDO POR INFARTO DEL MIOCARDIO; MADRE CON HTA; UN HIJO CON SECUELAS DE MENINGOENCEFALITIS.

APNP: CASA CON TODOS LOS SERVICIOS Y COMODIDADES; FUMA 10 CIGARRILLOS DIARIOS; ALCOHOLISMO NEGATIVO; TOMÓ ANTICONCEPTIVOS ORALES DURANTE 5 AÑOS.

APP: APENDICECTOMÍA A LOS 17 AÑOS; EMBARAZO EXTRAUTERINO HACE 22 AÑOS; TRANSFUNDIDA EN ÉSA OCASIÓN, SIN PROBLEMAS.

PA: SINTOMATOLOGÍA CONJUNTIVAL DESDE HACE 2-3 MESES, OPERADA POR OFTALMÓLOGO DE SU HGZ, REPORTÁNDOSE COMO CA EPIDERMÓIDE CONJUNTIVAL; PRESENTA LESIÓN PIGMENTADA EN PIEL DE PÁRPADO INFERIOR OD DESDE HACE 2-3 MESES.

EF: MUY OBESA, ADONCIA PARCIAL, MALA HIGIENE; MAMAS Y AXILAS NORMALES; GRAN PANÍCULO ADIPOSO ABDOMINAL; TACTO RECTAL Y VAGINAL NORMALES; SE TOMÓ CITOLOGÍA CÉRVICO-VAGINAL.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: CV: 420/20 AO. TUMOR CRATERIFORME EN PIEL DE PÁRPADO INFERIOR OD, EN UNIÓN DE TERCIO EXTERNO CON TERCIO MEDIO, LEVEMENTE PIGMENTADA, DE 3 MM DE DIÁMETRO. NO HAY ULCERACIÓN; CICATRIZ EN CONJUNTIVA BULBAR. FO NORMAL CON DIRECTO AO.

LABORATORIU:

20-08-84: Hb 15.3, HT 46.8, TTP 29/29", GLUC 98, UREA 42, CREATININA 1.1, LGO NORMAL.

RADIOLOGIA:

TX NORMAL 22-08-84

CITOLOGIA EXFOLIATIVA (CÉRVICO-UTERINA): CLASE I,
SIN ALTERACIONES, 14-08-84.

DX CLINICO: OD:

1.- CA EPIDERMÓIDE CONJUNTIVAL (OPERADO)

2.- CA BASOCELULAR PALPEBRAL

TRATAMIENTO: SE SOLICITARÁ REVISIÓN DE LAMINILLAS PARA
INVESTIGAR BORDES.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO:

CONJUNTIVA: 05-09-84: HIPERPLASIA PSEUDOEPITELIOMATOSA
MALIGNA CON INFLAMACIÓN CRÓNICA
Y NECROSIS.

PÁRPADO: 01-10-84: CA BASOCELULAR SÓLIDO PIGMENTADO
SIN TUMOR EN BORDES NI LECHO QUIRÚR-
GICO.

EVOLUCION: 15-10-84: SIN AT.

CASO # 67

NOMBRE: H.N.R.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 41 AÑOS

ORIGEN: DF

RESIDE: DF

Ocupación: OBRERO EN CIMENTACIONES PROFUNDAS.

ESCOLARIDAD: III DE PRIMARIA

FECHA DE ESTUDIO: 01-08-84

DX: MELANOSIS CONJUNTIVAL Y NEVO CONJUNTIVAL OI

AHF: ABUELO MATERNO MUERTO POR CAÍDA DE UN EDIFICIO;

PADRE FALLECIÓN POR TBP (TUBERCULOSIS PULMONAR); MADRE
FALLECIÓN POR CA INESPECIFICADO; UNA HERMANA CARDÍOPATA;
OTRA HERMANA CON PÉRDIDA DE PESO.

AHP: BREVEMENTE HA RESIDIDO EN COATZACOALCOS,
VER., Y CULIACÁN Y GUAMÚCHIL, SIN MSE BAJO, FUMA 6-8
CIGARRILLOS DIARIOS; ALCOHOLISMO OCASIONAL; CASA EN BUE-
NAS CONDICIONES.

APP: TOSFERINA Y VARICELA EN SU INFANCIA; OTROS NEGADOS;
PARÁLISIS FACIAL DERECHA HACE UN AÑO Y DOS MESES;

PA: DE TIEMPO INDEFINIDO, DOS MANCHAS OSCURAS EN CONJUNTIVA BULBAR OI, DE 1 MM C/U, EN LADO NASAL; NO DETECTADAS HASTA EXPLORACIÓN DE PTERIGIÓN.

EF: SECUELAS DE PARÁLISIS FACIAL DERECHA; OD CON PTERIGIÓN INTERNO; DIENTES EN PÉSIMO ESTADO DE HIGIENE, NO ADENOMEGALIAS.

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA:

AV : 20/20 AO. OD: MELANOSIS CONJUNTIVAL GENERALIZADA, DISCRETA DIFUSA EN ÁREA DE HENDIDURA PALPEBRAL; OI: DOS LESIONES PIGMENTADAS DE 1 MM DIÁM. C/U; UNA EN EL M DE LAS IX, LIMBO, Y OTRA EN EL LIEGUE SEMILUNAR.

LABORATORIO:

30-07-84: GLUC 75, UREA 18, LGO NORMAL, HB 16.4, HT 49.7, TTP 32/31", LEUCOCITOS 9 300 .

NEFROLOGÍA: TX 31-07-84 : BRONQUITIS CRÓNICA, CORAZÓN NORMAL, NO HTS.

CITOLOGÍA EXFOLIATIVA:

03-08-84: ALGUNAS ATÍPIAS CELULARES CON PIGMENTO MELÁNICO QUE SUGIEREN UN NEVO.

DX CLÍNICO: MELANOSIS CONJUNTIVAL AO, A DESCARTAR MELANOMAS MALIGNOS CONJUNTIVALES OI.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN-BIOPSIA 21-08-84.

REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO: 28-08-84: NEVO DE CONJUNTIVA COMPLETAMENTE EXTIRPADO.

EVOLUCIÓN: 03-07-84: ASINTOMÁTICO, SIN FENÓMENOS INFLAMATORIOS NI AT.

Caso # 68

NOMBRE: K.C.F.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 63 AÑOS

ORIGEN: CHIAPA DE CORZO, CHIS.

RESIDE: MISMO

OCCUPACIÓN: HOGAR

ESCOLARIDAD: ANALFABETA

FECHA DE ESTUDIO: 24-04-84

DX: CA EPIDERMÓIDE CONJUNTIVAL OD INVASOR; CA EPIDERMÓIDE CONJUNTIVAL IN SITU OI.

AHF: IGNOHA SOBRE ABUELOS; PADRE MUERTO A LOS 80 AÑOS POR NEUMONÍA; MADRE MUERTA A LOS 70 AÑOS, IGNOHA CAUSA; HERMANOS SANOS, ESPOSO FALLECIDO (NO SE ESPECIFICA CAUSA).

APNP: TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO NEGADOS; MSE BAJO; CASA EN BUENAS CONDICIONES, CON TODOS LOS SERVICIOS; BUENA ALIMENTACIÓN; BAÑO C/3ER DÍA.

APP: SARAPIÓN Y VARICELA EN LA INFANCIA, RESTO NEGADO.

PA: OPERADA PARCIALMENTE POR PTERIGIÓN EXTERNO OD EL 03-05-84; RECIDIVÓ A LOS 15 DÍAS; TIENE DOLOR, BAJA VISUAL, SÓLO PERCIBE LUZ DESDE HACE DOS MESES; AL MES DE OPERADA PRESENTÓ ULCERACIÓN EN PIEL LENTA Y PROGRESIVA.

TRATAMIENTOS PREVIOS: OPERADA DE PTERIGIÓN OD ENERO DE 82.

EF: CITOLOGÍA CÉRVICOUTERINA CLASE V, MODERADA CIFOSIS DORSAL.

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA:

AV: OD: PL (PERCIBE LUZ) OI: 20/40 (CON E'S).

OD: GLOBO OCULAR FIJO EN ADUCCIÓN; HEMIDURA PALPEBRAL CASI CERRADA, CON INDURACIÓN PALPEBRAL SUPERIOR; NEOPLASIA CONJUNTIVAL TOTAL, HASTA FONDOS DE SACO; Córnea opaca, opalescente; CANTO INTERNO CON LESIÓN ULCERADA.

OI: NEOFORMACIÓN CONJUNTIVAL BULBAR TEMPORAL DEL M DE LAS II A IV, RESTO NORMAL; OD HIPERTÓNICO.

LABORATORIO:

22-09-84: Hb 10.5, Ht 34.8, LEUCOCITOS 11500, TTP 29/29", GLUC 91, UREA 18; EGO DENS. 100y, PH 6, LEUCOS 10/c, 28% EOSINÓFILOS.

15-10-84: CULTIVO DE CAVIDAD OD: PSEUDOMONAS AERUGINOSA Y ESCHERICHIA COLI.

04-10-84: Hb 7.3 Ht 23

RADIOLOGÍA: 28-09-84: Tx Y SPN NORMALES.

CITOLOGÍA EXFOLIATIVA: CÉRVIX UTERINO NORMAL 25-09-84.

UX CLÍNICO: OD: CA ESPINOCELULAR INVASOR A ÓRBITA Y GLAUCOMA SECUNDARIO.

OI: CA EPIDERMÓIDE VS PAPILOMA

TRATAMIENTO: VACIAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ÓRBITA, OD, 27-09-84, CON ETMOIDECTOMÍA. BIOPSIA OI.

EVOLUCION: 17-12-84, EN CURACIONES.

CASO # 69

NOMBRE: A.V.A.V.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 72 AÑOS

ORIGEN: ACÁMBARO, GTO.

RESIDE: DF, DESDE HACE 10 AÑOS

Ocupación: HOGAR

EDO. CIVIL: VIUDA

FECHA DE ESTUDIO: 10-10-84

DX: MELANOMA MALIGNO CONJUNTIVAL OI

AHF: ABUELOS IGNORA; MADRE FALLECIDA POR COMA DIABÉTICO; PADRE FALLECIDO POR GANGRENA EN UN BRAZO; ESPOSO MUERTO POR CARDIOPATÍA; UN HERMANO DIABÉTICO.

APNP: NO TOXICOMANÍAS, HABITACIÓN EN BUENAS CONDICIONES, ALIMENTACIÓN ADECUADA.

APP: FX CLAVICULAR EN 1959; APENDICECTOMÍA A LOS 20 AÑOS DE EDAD; HTA DESDE HACE 10 AÑOS Y AR.

PA: INICIA HACE TRES AÑOS AL PRESENTAR LESIÓN PIGMENTADA EN CONJUNTIVA BULBAR OI DE CRECIMIENTO LENTO, Y HACE ONCE MESES NOTA CRECIMIENTO MÁS RÁPIDO. ASINTOMÁTICA.

EF: MÚLTIPLES LESIONES HIPERQUERATÓSICAS EN TODO EL ROSTRO; LESIÓN HIPERPIGMENTADA EN SURCO NASOGENIANO; ADENOPATÍA ESPINAL SUPERIOR. LA PACIENTE REHUSÓ EXPLORACIÓN RECTAL Y VAGINAL.

EXPLORACION OFTALMOLÓGICA:

AV: OD: 20/50 (.) 20/30; OI: 20/40 (.) 20/30.

YERRUGA SURCO PALPEBRAL SUPERIOR OD; OPACIDADES CRISTALINIANAS INCIPIENTES.

OI: LESIÓN PIGMENTADA EN TODA LA CONJUNTIVA BULBAR, CON INVASIÓN A FONDOS DE SACO. FO: ANGIOPATÍA ANGIOESCLEROSA GRADO III.

LABORATORIO:

22-10-84: LEUCOCITOS 12 600, Hb 13.7, HT 43.8, TTP 29/29, GLUCOSA 196, UREA 38; EGO: DENS. 1013, PH 6, GLUC 12.3, LEUCOCITOS 3/C.

RADIOLÓGIA: Tx 24-10-84: BRONQUITIS CRÓNICA, BRONQUIECTA-



CASO # 69

SIAS, SOBREDISTENSIÓN PULMONAR CON ATRAPAMIENTO DE AIRE.
AORTOESCLEROSIS, CARDIOMEGALIA GRADO I POR VENTRÍCULO
IZQUIERDO.

UX CLINICO: MELANOSIS CONJUNTIVAL ADQUIRIDA OI.

TRATAMIENTO:

09-11-84: CONJUNTIVECTOMÍA BULBAR OI, EXCISIÓN DE MELANOSIS DE ESCLERA Y MÚSCULOS EXTRAOCULARES, CON APLICACIÓN DE INJERTO DE MUCOSA ORAL; QUERATECTOMÍA LAMELAR, ESCLERECTOMÍA LAMELAR.

30-11-84: VACIAMIENTO QUIRURGICO DE LA ORBITA, + PAROTIDECTOMÍA SUPERFICIAL.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO:

13-11-84: MELANOMA MALIGNO DE CONJUNTIVA BULBAR OI
(AÚN NO SE CUENTA CON EL SEGUNDO)

EVOLUCION:

EGRESÓ DEL HOSPITAL EL 13-11-84 CON BUENA EVOLUCIÓN OCULAR Y SISTÉMICA.

CASO # 70

NOMBRE: V.H.W.R.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 27 AÑOS

ORIGEN: NO REPORTADO

RESIDE: DF

OCCUPACIÓN: INSS.

FECHA DE ESTUDIO: 06-02-84

UX: NEVO LENTIGINOSO CONJUNTIVAL OI.

ANF: NO REPORTADO

APNP: NO REPORTADO

APP: NO REPORTADO

PM: LO INICIA HACE UN AÑO APROXIMADAMENTE, CON PEQUEÑO TUMOR PIGMENTADO OI EN CARÚNCULA, QUE SEGÚN LA PACIENTE HA AUMENTADO LENTAMENTE DE TAMAÑO; ASINTOMÁTICA.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA: AV: OD: 20/20 OI: 20/20

ANEXOS, REFLEJOS PUPILARES, MOVILIDAD OCULAR, NORMALES;

BM: OI: HIPEREMIA +, LESIÓN PIGMENTADA EN CONJUNTIVA BULBAR EN PLIEGUE SEMILUNAR, DE 2 X 2 MM, SIN CARACTERÍSTICAS ESPECIALES, Y HACIA EL LIMBO, EN EL N. DE LAS III 1/2,

OTRA LESIÓN PIGMENTADA, DE 2 X 1 MM, CON PEQUEÑOS VASOS EN SU SUPERFICIE, NO FIJO A PLANOS PROFUNDOS, PERO INTERESA LA SUPERFICIE CORNEAL PERIFÉRICA. OD: HIPEREMIA CONJUNTIVAL +, SA NORMAL, FO NORMAL.

DX CLINICO: NEVO EN PLIEGUE SEMILUNAR Y LIMBO DEL OI.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN BIOPSIA 28-02-84 ANEST. LOCAL SIN ACCIDENTES.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO:

05-03-84: NEVO LENTIGINOSO, LÍMITES QUIRÚRGICOS SIN LESIÓN.

EVOLUCION:

25-10-84: BUEN EDO. GRAL., ASINTOMÁTICA, SIN SIGNOS DE RECIDIVA.

CASO # 71

NOMBRE: A.L.J.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 59 AÑOS

ORIGEN: EDO. DE GUERRERO

RESIDE: ACAPULCO, GRO.

OCUPACIÓN: INSTRUCCIÓN SUPERIOR(??)

FECHA DE ESTUDIO: 12-11-84

DX: MELANOSIS CONJUNTIVAL CONGÉNITA OD.

AHF: PADRE FALLECIDO POR AFECCIÓN CARDÍACA; MADRE VIVA, CON AFECCIÓN CARDIOPULMONAR; HERMANOS SANOS; UN HIJO CON SOPLO CARDÍACO ORGÁNICO, COLATERALES APARENTEMENTE SANOS.

APNP: TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO NEGATIVOS; ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA; VIVIENDA CON TODOS LOS SERVICIOS; MSE BAJO; MENARQUIA A LOS 15 AÑOS DE EDAD, RITMO 28 X 3, GESTA 1, PARA 1, A-O. MENOPAUSIA A LOS 45 AÑOS. NO HORMONALES; UN SÓLO COMPANERO SEXUAL NO CIRCUNCIDADO.

APP: ULCUS PÉPTICO; COLECISTECTOMÍA HACE 25 AÑOS; NO DIABÉTICA, NO HTA, NO LÚES; OPERADA HACE 9 AÑOS POR PTERIGIÓN OD.

PA: INICIA DESDE EL NACIMIENTO, AL PRESENTAR PEQUEÑA LESIÓN PIGMENTADA EN CONJUNTIVA BULBAR OD; HACE DOS AÑOS PRESENTA AUMENTO DE VOLUMEN Y SE ACOMPAÑA DE SENSACIÓN DE CE.

EF: ABDOMEN CON CICATRIZ DE COLECISTECTOMÍA, CÉRVIX UTERINO CUPULIZADO, TACTO RECTAL NORMAL.

EXPLORACION OFTALMOLOGICA:

AV: 20/20 AO.

ANEXOS, REFLEJOS PUPILARES, MOVILIDAD OCULAR, NORMALES AO;

BM: OD CON TUMOR PIGMENTADO PLANO, NO AFECTA TEJIDO SUBCONJUNTIVAL; A 1 MM POR FUERA DEL LIMBO, DE 8X 4 MM, NO AFECTA FÓRNIX. RESTO NORMAL. FO: ANGIOESCLEROSIS.

LABORATORIO:

12-11-84: EGO: DENS. 1020, PH 6, PROTEÍNAS, GLUCOSA Y HB NEGATIVO; LEUCOCITOS 6/C, ERITROCITOS 2/C,

QS: GLUC. 100, UREA 27

BH: Hb 14.2, Ht 42.6, LEUCOS. 6 200, PLAQUETAS 320 000, TTP 29/29"

RADIOLOGIA: TX NORMAL 12-11-84

CITOLOGIA EXFOLIATIVA:

08-11-84: "ALGUNAS ALTERACIONES CONJUNTIVALES"

12-11-84: (DOC) : ALTERACIONES INFLAMATORIAS INESPECÍFICAS LEVES.

DX CLINICO: MELANOSIS CONJUNTIVAL CONGÉNITA BULBAR OD.

TRATAMIENTO: EXCISIÓN-BIOPSIA 27-11-84.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO:

03-12-84: "NEVO INTRADÉRMICO TOTALMENTE ESCINDIDO".

05-12-84: SIN AT.

----- 0 -----

- RESULTADOS -

NÚMERO DE PACIENTES ESTUDIADOS: 71.
 NÚMERO DE OJOS INVOLUCRADOS: 73.
 NÚMERO DE NEOPLASIAS: 74.

UN PACIENTE CON INFILTRACIÓN LINFOMATOSA A AMBOS OJOS (# 9); UN PACIENTE CON QUISTE EPIDERMÓIDE Y NEVO INTRA-DÉRMICO EN EL MISMO OJO (# 50), Y UN PACIENTE CON CA EPIDERMÓIDE EN AMBOS OJOS (# 68).

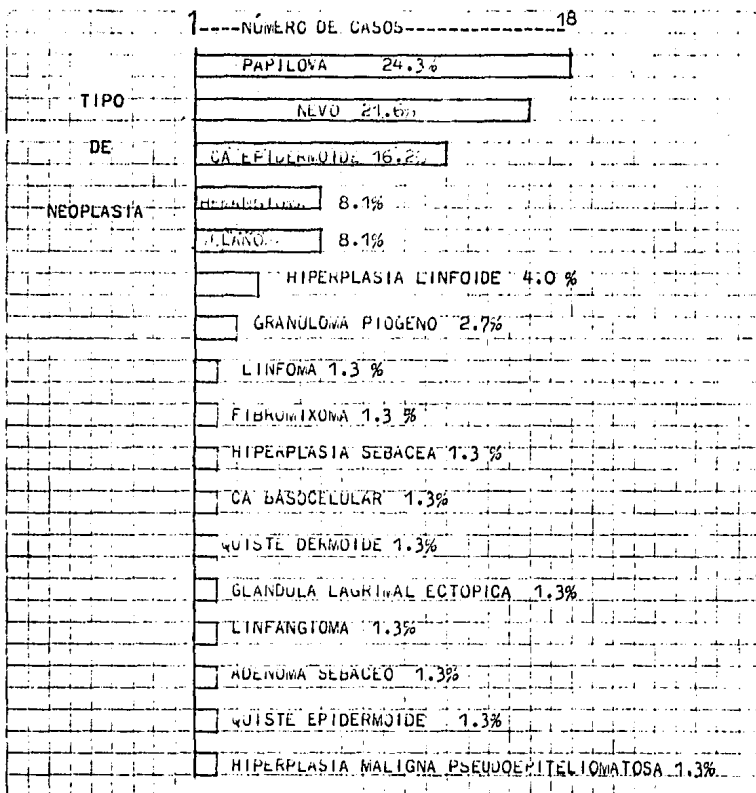
EL RESTO, UNA SOLA NEOPLASIA, EN UN SÓLO OJO. DOS PACIENTES CON TUMORES RECIDIVANTES (PAPILOMA, CASOS #'S 33 Y 40); EL RESTO, DE PRIMERA INTENCIÓN.

DEL NÚMERO TOTAL DE NEOPLASIAS, 51 (68.9%) FUERON BENIGNAS Y 23 (31.0%) MALIGNAS.

TIPO DE NEOPLASIA	NÚMERO DE CASOS	%
PAPILOMA.	18. . . .	24.3
NEVO.	16. . . .	21.6
CA EPIDERMÓIDE.	12. . . .	16.2
HEMANGIOMA	6	8.1
MELANOMA.	6	8.1
HIPERPLASIA LINFOIDE.	3	4.0
GRANULOMA PIÓGENO	2	2.7
LINFOMA	1	1.3
FIBROMIXOMA	1	1.3
HIPERPLASIA SEBACEA	1	1.3
CA BASOCELULAR.	1	1.3
QUISTE DERMÓIDE	1	1.3
GLÁNDULA LAGRIMAL ECTÓPICA.	1	1.3
LINFANGIOMA	1	1.3
ADENOMA SEBACEO	1	1.3
QUISTE EPIDERMÓIDE.	1	1.3
HIPERPLASIA PSEUDOEPITELIOMATOSA MALIGNA	1	1.3

- TABLA 2 - Σ = 4.2941

- TIPOS DE NEOPLASIAS ENCONTRADOS, NUMERO DE CASOS Y PORCENTAJES -



--- GRAFICA 1 ---

OJO AFECTADO: OD: 36(44.3 %)
 OI: 37(50.6 %)

SEXO: 37 HOMBRES (52.1%)
 34 MUJERES (45.9%)

DISTRIBUCION POR SEXO Y BENIGNIDAD/MALIGNIDAD:

(SEXO)	(ESTIRPE)	(# DE PACIENTES)
MASCULINOS	- BENIGNOS	24(33.8%)
MASCULINOS	- MALIGNOS	13(18.3%)
FEMENINOS	- BENIGNOS	26(36.6%)
FEMENINOS	-MALIGNOS	8(11.2%)

- TABLA 3 - (\bar{x} = 17.75)

EDADES:

LÍMITES: MAYOR: 83 AÑOS
 MENOR: 17 AÑOS

(NOTA: EN EL HOSPITAL DE ONCOLOGÍA-CMN SE ATIENDEN PACIENTES IGUAL O MAYORES DE 16 AÑOS DE EDAD)

PROMEDIO: 47.4 AÑOS

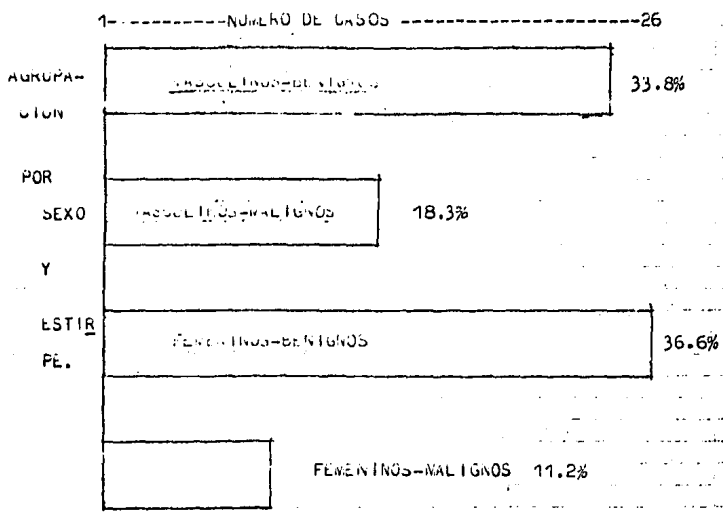
EDAD MÁS FRECUENTE: 27 AÑOS.

PIRAMIDE DE POBLACION:(TOTAL: 71)

(EDADES)	(# DE PACIENTES)
16 - 20	2 (2.8 %)
21 - 30	15 (21.1 %)
31 - 40	10 (14.0 %)
41 - 50	11 (15.4 %)
51 - 60	9 (12.6 %)
61 - 70	17 (23.9 %)
71 - 80	4 (5.6 %)
81 +	1 (1.4 %)

- TABLA 4 - (\bar{x} = 8.6250)

/// DISTRIBUCION POR SEXO Y BENIGNIDAD-MALIGNIDAD ///



--- GRAFICA 2 ---

LA DISTRIBUCIÓN DE NEOPLASIAS MALIGNAS SEGÚN LA EDAD,
 FUÉ: (TOTAL= 23)

EDADES:	(MALIGNOS)	# DE PACIENTES:
16 - 20		0 (0 %)
21 - 30		1 (4.3 %)
31 - 40		3 (13.0 %)
41 - 50		2 (8.6 %)
51 - 60		3 (13.0 %)
61 - 70		9 (39.1 %)
71 - 80		2 (8.6 %)
81 +		1 (4.3 %)

- TABLA 5 - (\bar{x} =2.6250)

TODO LOS CASOS SE ESTUDIARON ENTRE LOS AÑOS DE 1981 Y 1984, CON LA EXCEPCIÓN DE 4 CASOS, ESTUDIADOS EN 1972, 1976, 1978 Y 1979.

SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN PREVIO, SE PUEDEN DIVIDIR EN TRES CATEGORÍAS:

- DE 1 A 29 DÍAS
- DE 1 A 11 MESES
- DE 1 O MÁS AÑOS

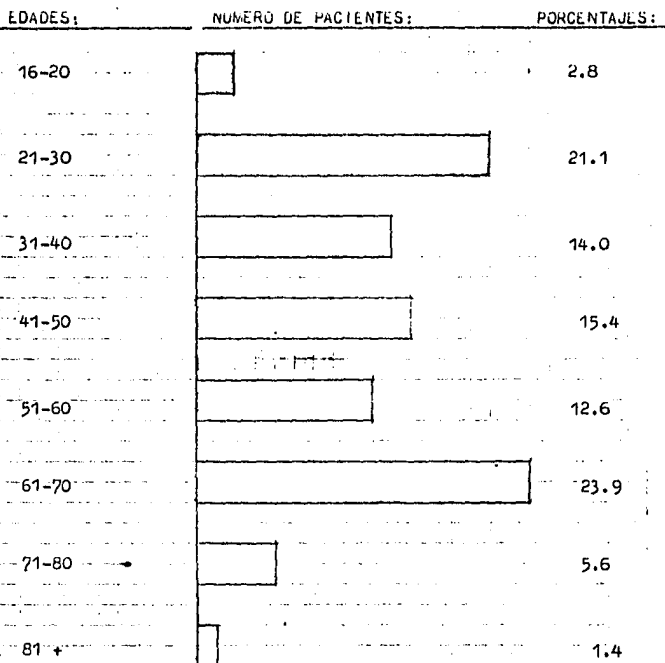
EN LA CATEGORÍA DE 1 A 29 DÍAS, SÓLO HUBO UN PACIENTE, CON 25 DÍAS DE EVOLUCIÓN.

EN LA CATEGORÍA DE 1 A 11 MESES, VARIÓ DE UNO A 9 MESES, CON UN PROMEDIO DE 4.0454545.

EN LA CATEGORÍA DE UNO A MÁS AÑOS, VARIÓ ENTRE UN AÑO Y 62 AÑOS, CON UN PROMEDIO DE 8.375 AÑOS.

SEGÚN LA ENTIDAD FEDERATIVA DE ORIGEN, NO SE OBTUVO EL DATO EN 5 CASOS, DISTRIBUYÉNDOSE EL RESTO EN LA SIGUIENTE FORMA:

/// PIRAMIDE DE POBLACION ///



--- GRAFICA 3 ---

DISTRIBUCION SEGUN ENTIDAD FEDERATIVA DE ORIGEN:

ENTIDAD FEDERATIVA:	# DE PACIENTES:	%
DISTRITO FEDERAL	18	25.3
PUEBLA	7	9.8
GUANAJUATO	7	9.8
MICHOACAN	5	7.0
ESTADO DE MEXICO	5	7.0
SINALOA	4	5.6
TAMAULIPAS	3	4.2
OAXACA	2	2.8
AGUASCALIENTES	2	2.8
GUERRERO	2	2.8
MORLLOS	2	2.8
ZACATECAS	1	1.4
VERACRUZ	1	1.4
TLAXCALA	1	1.4
QUERETARO	1	1.4
COAHUILA	1	1.4
JALISCO	1	1.4
SAN LUIS POTOSI	1	1.4
BAJA CALIFORNIA	1	1.4
CHIAPAS	1	1.4

- TABLA 6 - ($\bar{x} = 3.3$)

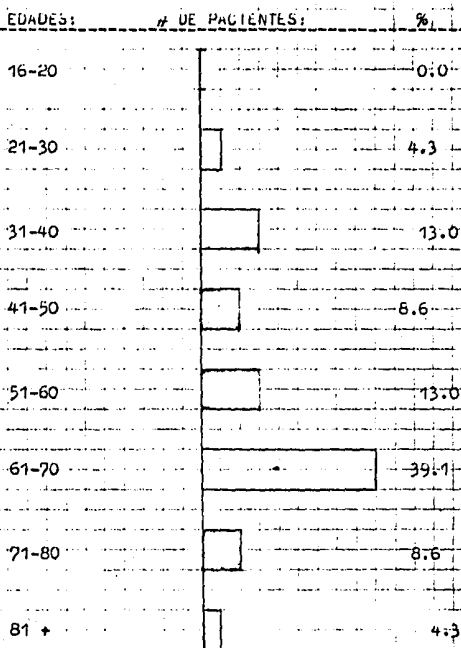
SEGUN EL LUGAR ACTUAL DE RESIDENCIA DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS, SE ENCONTRARON LOS SIGUIENTES:

DISTRITO FEDERAL, ESTADO DE MEXICO, QUERETARO, GUERRERO, MORELOS, VERACRUZ, HIDALGO, SINALOA Y CHIAPAS.

LA DISTRIBUCION DE ACUERDO AL NUMERO Y PORCENTAJES DE LOS PACIENTES, FUÉ COMO SIGUE:

/// DISTRIBUCIÓN DE NEOPLASIAS

/// ALIGNAS SEGÚN LA EDAD ///



--- GRAFICA 4 ---

DISTRIBUCION DE ACUERDO A LUGAR ACTUAL DE RESIDENCIA:

ENTIDAD FEDERATIVA:	# DE PACIENTES	%
DISTRITO FEDERAL	49	69.0
ESTADO DE MEXICO	11	15.4
QUERÉTARO	2	2.8
GUERRERO	2	2.8
MORELOS	2	2.8
VERACRUZ	1	1.4
HIDALGO	1	1.4
SINALOA	1	1.4
CHIAPAS	1	1.4

- TABLA 7 - (\bar{x} = 7.7778)

ANTECEDENTES HEREDOONCOLÓGICOS.-

CATORCE PACIENTES (19.7%), PRESENTARON ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES ONCOLÓGICOS O NEOPLÁSICOS.

DE ÉSTOS, TRES PACIENTES CON DOS PARIENTES POSITIVOS A ANTECEDENTES HEREDOONCOLÓGICOS.

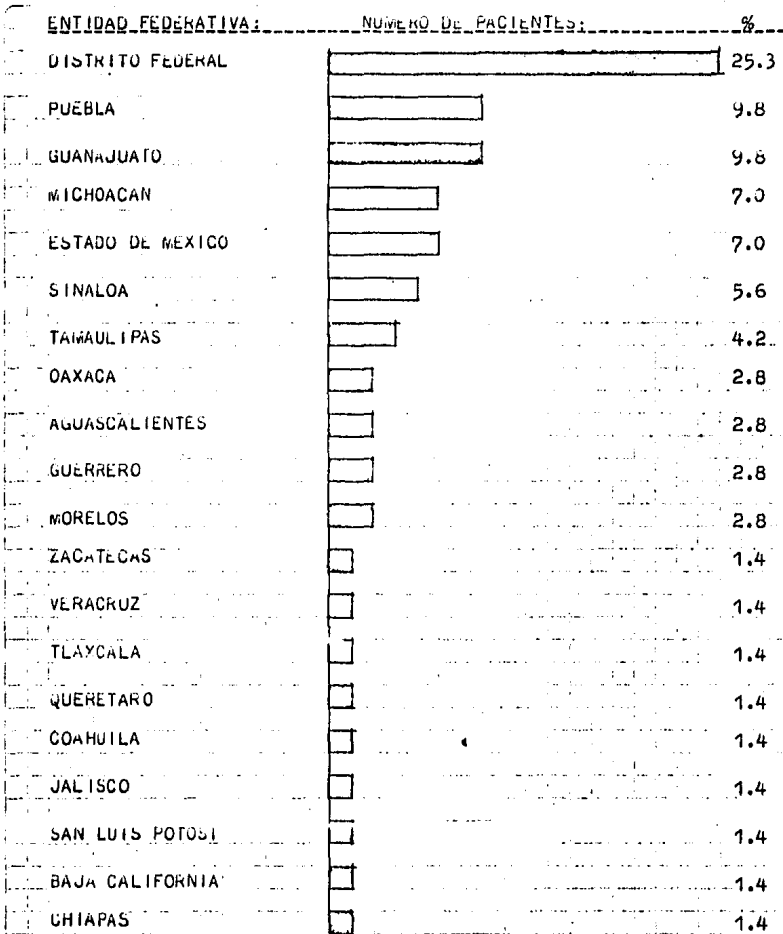
UN PAQENTE DE ÉSTOS, PRESENTÓ TRES FAMILIARES CON ANTECEDENTES NEOPLÁSICOS.

DISTRIBUCIÓN:

TIPO DE PARENTESCO:	# DE INCIDENCIAS	%
MADRE	6	42.8
PRIMA	5	35.7
PADRE	3	21.9
TIO	1	7.1
HERMANO	1	7.1
HIJA	1	7.1

- TABLA 8 - (\bar{x} = 2.8333)

/// DISTRIBUCION SEGUN ENTIDAD FEDERATIVA DE ORIGEN ///



--- GRAFICA 5 ---

MEDIO SOCIO-ECONÓMICO.-

EN CUANTO AL NIVEL O MEDIO SOCIOECONÓMICO, ÉSTE OSCILÓ EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS ENTRE EL MEDIO-ALTO Y EL BAJO; INTERMEDIOS, FUERON MEDIO Y MEDIO BAJO.

LA DISTRIBUCIÓN FUÉ COMO SIGUE:

(MEDIO) NIVEL SOCIOECONÓMICO	# DE PACIENTES	%
MEDIO-ALTO	4	(5.6)
MEDIO.	20	(28.1)
MEDIO-BAJO	19	(26.7)
BAJO	28	(39.4)

- TABLA 9 - (\bar{x} = 17.75)

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

EN CUANTO A ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS, SE DIVIDIERON EN ONCOLÓGICOS NO-OFTALMOLÓGICOS, OFTALMOLÓGICOS, Y ONCO-OFTALMOLÓGICOS:

PACIENTES CON ANTECEDENTES ONCOLÓGICOS.....	12	(16.2%)
PACIENTES CON ANTECEDENTES OFTALMOLÓGICOS.....	13	(18.3%)
PACIENTES CON ANTECEDENTES ONCOOFTALMOLÓGICOS.....	22	(30.9%)

TRES PACIENTES (4.2%) PRESENTARON AMBOS ANTECEDENTES OFTALMOLÓGICOS Y ONCOOFTALMOLÓGICOS.

CUATRO PACIENTES PRESENTARON ANTECEDENTES ONCO-LÓGICOS Y OFTALMOLÓGICOS, 5.6%.

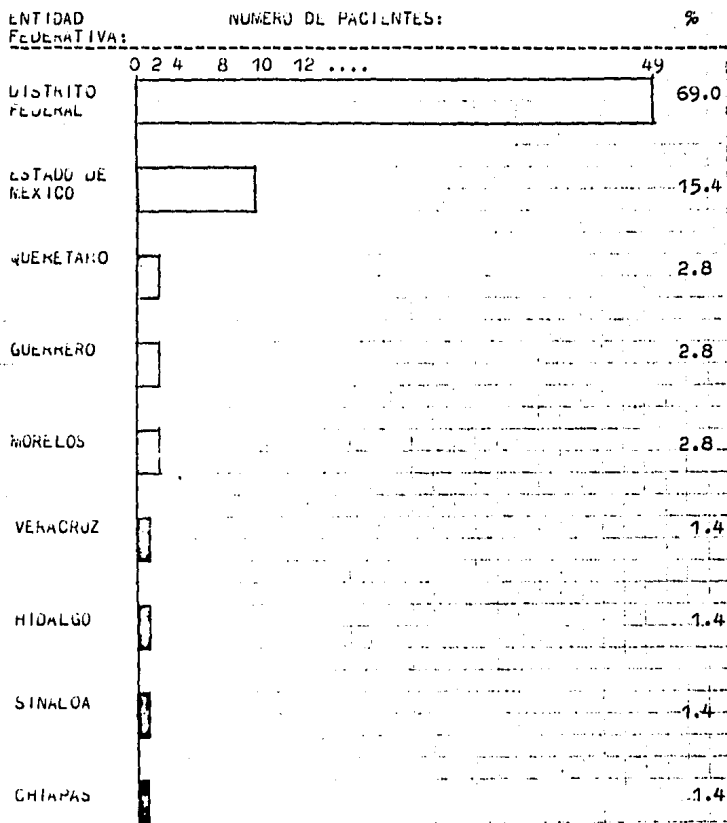
NO HUBO PACIENTES CON LOS TRES TIPOS DE ANTECEDENTES SIMULTÁNEAMENTE.

TRATAMIENTOS PREVIOS.-

EN CUANTO A TRATAMIENTOS PREVIOS, EN 34 PACIENTES (45.3%), LOS HUBO DENTRO DEL INSTITUTO, Y 8 (11.2%), FUERA DEL MISMO.

DENTRO DE LOS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS RESPECTO A OBESIDAD, 16 (21.6%) PACIENTES PRESENTARON EL ANTECEDENTE. HIPERTENSIÓN ARTERIAL 7 (9.8%) PACIENTES,

/// DISTRIBUCION DE ACUERDO A LUGAR ACTUAL DE RESIDENCIA ///



--- GRAFICA 6 ---

DIABETES MELLITUS 7 PACIENTES(9.8%), OBESIDAD E HIPERTENSIÓN 4 PACIENTES(5.6%); PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS COEXISTENTES, UNO(# 69), 1.4%, Y EL MISMO PACIENTE PRESENTABA LAS TRES ENFERMEDADES, OBESIDAD, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS(1.4%)(# 69, MELANOMA INVASOR).

EXPLORACION FISICA(OFTALMOLOGICA):

EN CUANTO A AGUDEZA VISUAL, SE DEBEN DIVIDIR PARA SU ESTUDIO LOS PACIENTES EN OJO DERECHO Y OJO IZQUIERDO. LA AGUDEZA VISUAL DEL OD VARIÓ ENTRE PERCEPCIÓN DE LUZ (PL) COMO MÍNIMO, Y 20/15 COMO MÁXIMO.

NO SE OBTUVO EL DATO EN 9 PACIENTES, DISTRIBUYÉNDOSE EL RESTO COMO SIGUE:

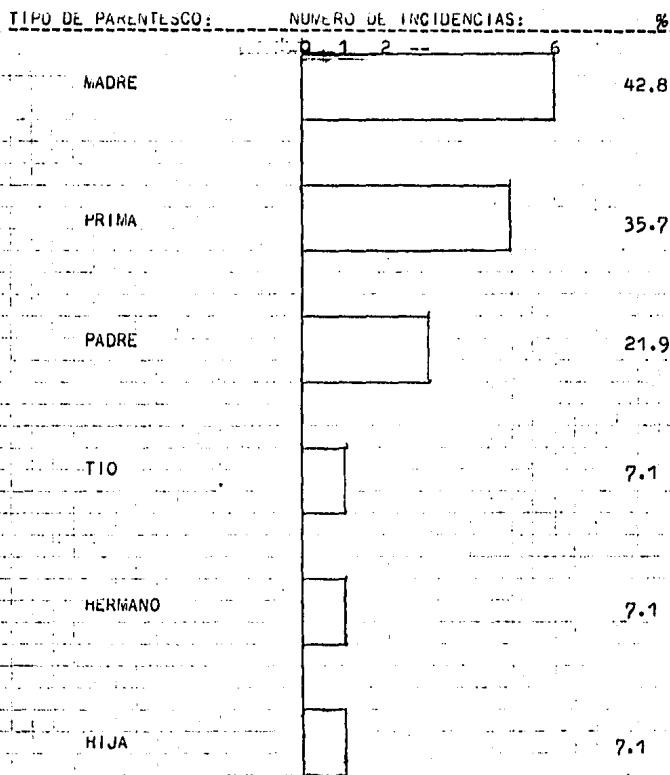
DISTRIBUCION DE AGUDEZAS VISUALES OJOS DERECHOS(TOTAL=71)

<u>AGUDEZAS VISUALES</u>	<u># DE PACIENTES</u>	<u>%</u>
20/15	1	1.4%)
20/20	25	35.2
20/25	5	7.0
20/30	11	15.4
20/40	7	9.8
20/50	3	4.0
20/60	2	2.8
20/80	1	1.4
20/200.	1	1.4
20/400	2	2.8
CD.	1	1.4
PPL	2	2.8
PL.	1	1.4

- TABLA 10 - (\bar{x} =4.7692)

LA AGUDEZA VISUAL DEL OJO IZQUIERDO VARIÓ ENTRE 20/15 Y NPL(NO PERCEPCIÓN DE LUZ=AMAUROSIS).

**/// DISTRIBUCION DE PARENTESCOS CON ANTECEDENTES
HEREDONCOLOGICOS ///**



--- GRAFICA 7 ---

NO SE OBTUVO EL DATO EN 5 PACIENTES, Y EL RESTO SE DISTRIBUYÓ COMO SIGUE:

DISTRIBUCION DE AGUDEZAS VISUALES OJOS IZQUIERDOS (TOT.=71)

AGUDEZA VISUAL	# DE PACIENTES	%
20/15.....	1	1.4
20/20.....	27	38.0
20/25.....	10	14.0
20/30.....	11	15.4
20/40.....	7	9.8
20/50.....	4	5.6
20/60.....	1	1.4
20/80.....	1	1.4
CD.....	1	1.4
PL.....	1	1.4
NPL.....	2	2.8

- TABLA 11 - ($\bar{x}=6.0$)

LAS AGUDEZAS VISUALES SE TOMARON CON CORRECCIÓN EN 5 PACIENTES Y CON ESTENOPEICO(.) EN 10 PACIENTES.

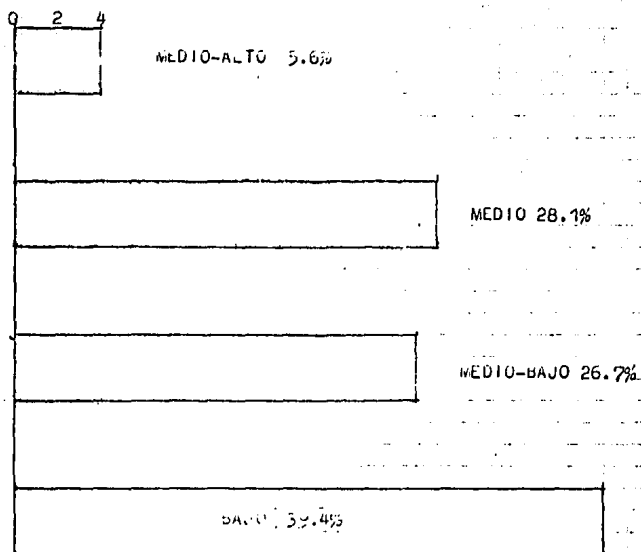
----- 0 -----

EN CUANTO A SITIO DE LA CONJUNTIVA AFECTADO POR LA NEOPLASIA, SEGÚN EL CASO, PODEMOS DIVIDIRLA PARA SU ESTUDIO EN CONJUNTIVA TARSAL Y CONJUNTIVA BULBAR.
 CONJUNTIVA TARSAL SUPERIOR..... 7 PACIENTES(9.8%)
 CONJUNTIVA TARSAL INFERIOR..... 7 PACIENTES(9.8%)

EL RESTO, 57 PACIENTES, ESTUVIERON AFECTADOS DE LA CONJUNTIVA BULBAR.

ESTOS ÚLTIMOS, SE SUBDIVIDEN PARA SU ESTUDIO POR CUADRANTES:
 TEMPORAL SUPERIOR
 TEMPORAL INFERIOR
 NASAL SUPERIOR
 NASAL INFERIOR

/// DISTRIBUCION DE CASOS POR NIVEL SOCIOECONOMICO ///



--- GRAFICA 8 ---

DISTRIBUCION TOPOGRAFICA DE NEOPLASIAS CONJUNTIVALES

<u>CUADRANTES*</u>	<u># DE PACIENTES</u>	<u>%</u>
TEMPORAL SUPERIOR.....	20	28.1
TEMPORAL INFERIOR.....	27	38.0
NASAL SUPERIOR.....	28	39.4
NASAL INFERIOR.....	31	43.6

- TABLA 12 - (\bar{x} = 26.5)

* (NOTA: LA SUMA DE ÉSTAS CIFRAS NO CORRESPONDE AL TOTAL DE PACIENTES, PORQUE EN ALGUNOS LA LESIÓN AFECTABA MÁS DE UN CUADRANTE, COMO POR EJEMPLO EN EL CASO DE LESIONES SITUADAS EN LA LÍNEA MEDIA ENTRE UNO Y OTRO CUADRANTE, COMO LESIONES EN LOS MERIDIANOS DE LAS III O LAS IX CERCA DEL LIMBO)

DISTRIBUCION DE LESIONES QUE AFECTABAN MAS DE UN CUADRANTE

<u>SUPERFICIE AFECTADA</u>	<u># DE PACIENTES</u>	<u>%</u>
TEMPORAL SUPERIOR E INFERIOR.....	20	28.1
NASAL SUPERIOR E INFERIOR.....	23	31.0
SUPERIOR NASAL Y TEMPORAL.....	6	8.1
INFERIOR NASAL Y TEMPORAL.....	12	16.2
TRES CUADRANTES.....	0	0.0
CUATRO CUADRANTES.....	6	8.1

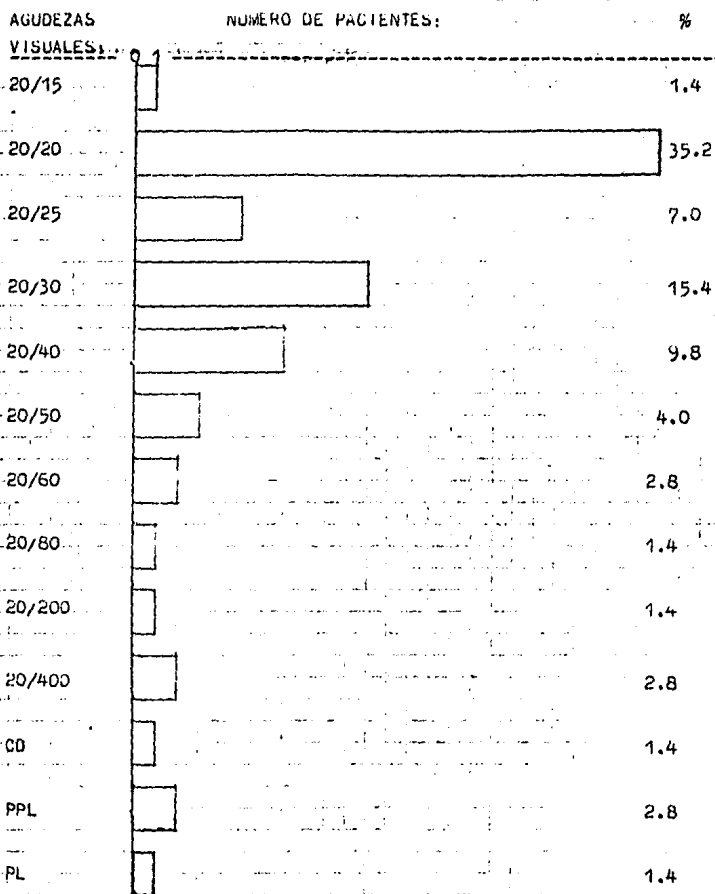
- TABLA 13 - (\bar{x} = 11.1667)

CARÚNCULA AFECTADA: 15 PACIENTES.

DOS PACIENTES PRESENTARON AFECTACIÓN DE LOS CUATRO CUADRANTES DE CONJUNTIVA BULBAR Y ADEMÁS LA CARÚNCULA; TRES DE ÉSTOS PACIENTES PRESENTARON TODO LO ANTERIOR, PERO ADEMÁS AFECTACIÓN DE CONJUNTIVAS TARSALES SUPERIOR E INFERIOR.

UN PACIENTE PRESENTÓ AFECTACIÓN DE CUADRANTES TEMPORAL SUPERIOR E INFERIOR Y CARÚNCULA (DOS NEOPLASIAS DISTINTAS), Y OTRO PACIENTE, AFECTACIÓN DE CARÚNCULA Y CUADRANTES INFERIORES TEMPORAL Y NASAL. UN PACIENTE,

/// DISTRIBUCION DE AGUDEZAS VISUALES OJOS DERECHOS ///



--- GRAFICA 9 ---

AFECCIÓN DE CARÚNCULA Y CONJUNTIVA TARSAL INFERIOR.

TAMAÑO DE LA LESIÓN.-

RESPECTO AL TAMAÑO DE LA LESIÓN, ÉSTE VARIÓ ENTRE 1 Y 50 MM. NO SE OBTUVO EL DATO EN 13 PACIENTES, Y EL RESTO, 58, SE DISTRIBUYÓ COMO SIGUE:

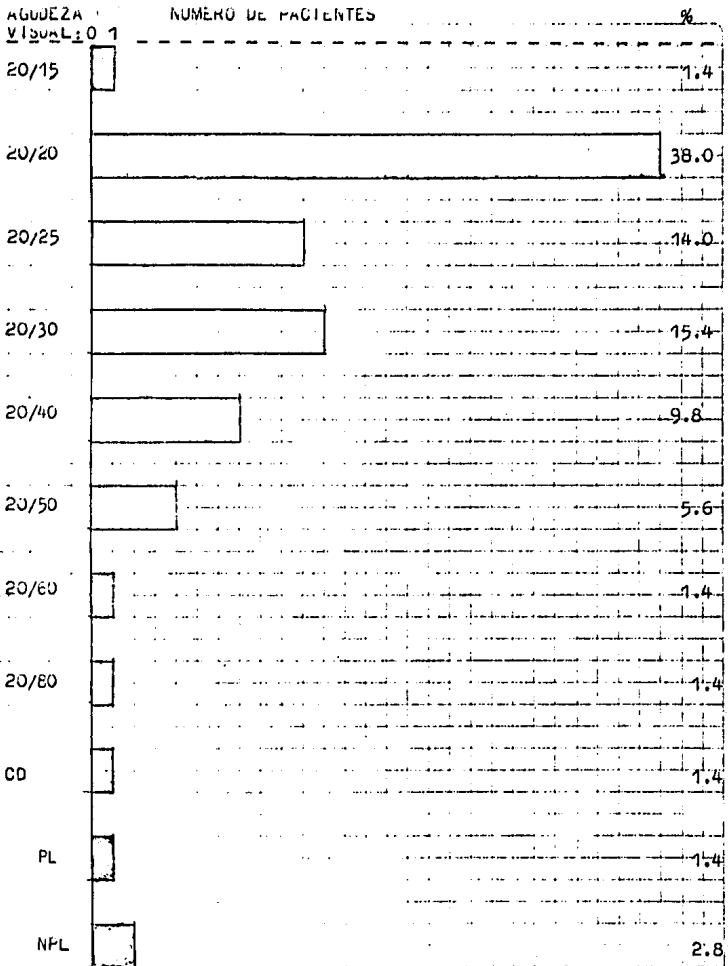
DISTRIBUCIÓN DE TAMAÑO DE LA LESIÓN (MILÍMETROS)

TAMAÑO DE LA LESIÓN	# DE PACIENTES	%
3	12	16.2
2	10	14.0
6	6	8.1
10	4	5.6
4	4	5.6
7	3	4.2
5	3	4.2
40	3	4.2
9	3	4.2
1	3	4.2
13	2	2.7
20	1	1.3
50	1	1.3
6	1	1.3
15	1	1.3
8	1	1.3

- TABLA 14 - (\bar{x} = 3.625)

EL PROMEDIO DEL TAMAÑO DE LA LESIÓN FUÉ DE 7.9137931 MM. EN VEINTIOCHO CASOS, LA NEOPLASIA AFECTABA EL LIMBO. PARA SU ESTUDIO, EL LIMBO CORNEOESCLERAL DEL OJO, SE DIVIDE EN MERIDIANOS, DOCE MERIDIANOS, QUE SE NOMBRAN SEGÚN LAS HORAS DE LA CARÁTULA DE UN RELOJ.

/// DISTRIBUCION DE AGUDEZAS VISUALES OJOS IZQUIERDOS ///



--- GRAFICA 10 ---

MERIDIANOS AFECTADOS(LIMBO):	(# DE CASOS)	%
XII	4	14.2
III	18	64.2
VI	6	21.4
IX	10	35.7

- TABLA 15 - (\bar{x} = 9.5)

AFECTABAN LA ORBITA: 4 CASOS (14.2%)
 AFECTABAN FORNICES: 14 CASOS (19.7%)

TENSION(PRESIÓN) INTRAOCULAR.-

LA TENSION INTRAOCULAR ESTUVO NORMAL EN TODOS LOS PACIENTES, EXCEPTO UN CASO DE GLAUCOMA SECUNDARIO(CASO # 68).

HALLAZGOS DE FONDO DE OJO.-

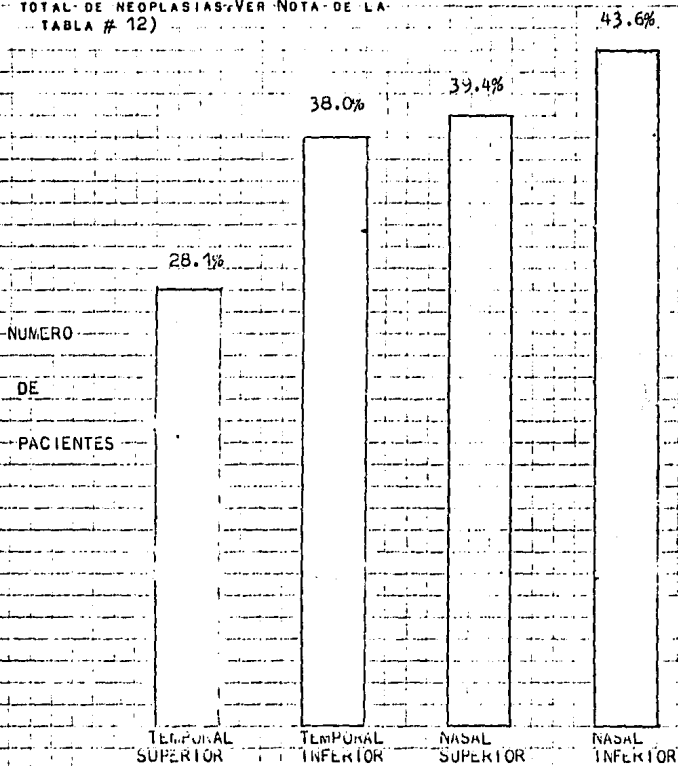
SE DIVIDE EN OJO DERECHO Y OJO IZQUIERDO.

OD: (TOTAL=36)
 NORMALES..... 33 OJOS (89.1%)
 CON HTA 11 " (29.7%)
 NO VALORABLES(OPACIDADES DE MEDIOS).... 2 " (5.4%)
 NO REPORTADOS..... 24 * (64.8%)

OI: (TOTAL=37)
 NORMALES..... 34 OJOS (94.4%)
 NO VALORABLES..... 4 " (11.1%)
 HTA..... 9 " (25.0%)
 NO REPORTADOS..... 24 " (66.6%)

/// DISTRIBUCION TOPOGRAFICA DE NEOPLASIAS CONJUNTIVALES ///

(LA SUMA DE ÉSTAS CIFRAS NO CORRESPONDE AL
TOTAL DE NEOPLASIAS-VER NOTA DE LA
TABLA # 12)



----- C-U-A-D-R-A-N-T-E-S -----

--- GRAFICA # 11 ---

EXAMENES DE LABORATORIO.-

HEMOGLOBINA.- RESULTÓ NORMAL EN TODOS LOS PACIENTES
(13 A 17 g%), EXCEPTO EN:

ELEVADA: 4 PACIENTES(5.6%), 3 DE 18g% Y UNO DE 20 g%.

BAJA: 2 PACIENTES(2.8%), 11 g% Y 10 g%.

EL RESTO DE EXÁMENES DE LABORATORIO SE ENCONTRÓ DENTRO DE LÍMITES NORMALES, EXCEPTO LAS CIFRAS DE GLUCOSIA, QUE OBTIVAMENTE ESTUVIERON LIGERAMENTE MÁS ELEVADAS EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS.

ESTUDIOS RADIOLOGICOS.-

SE EFECTUARON PLACAS DE TORAX,
SENOS PARANASALES (PROYECCIÓN DE WATERS), CRÁNEO; EN
ALGUNOS SE TOMARON SERIE ÓSEA METASTÁSICA, UROGRAFÍA
EXCRETORA, SIMPLE DE A_BDOMEN, ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA.
REPORTADO COMO "NORMAL"..... 46 PACIENTES (64.7%)

PLACA DE TORAX.-

PATOLÓGICO NO METASTÁSICO.....14 PACIENTES(19.7%)
METASTÁSICO..... NINGUNO
NO REPORTADOS 9 PACIENTES(12.6%)

SENOS PARANASALES.-

SÓLO REPORTADO EN 6 CASOS, SIENDO PATOLÓGICO EN
4 CASOS(5.6%).

PLACA DE CRÁNEO.-

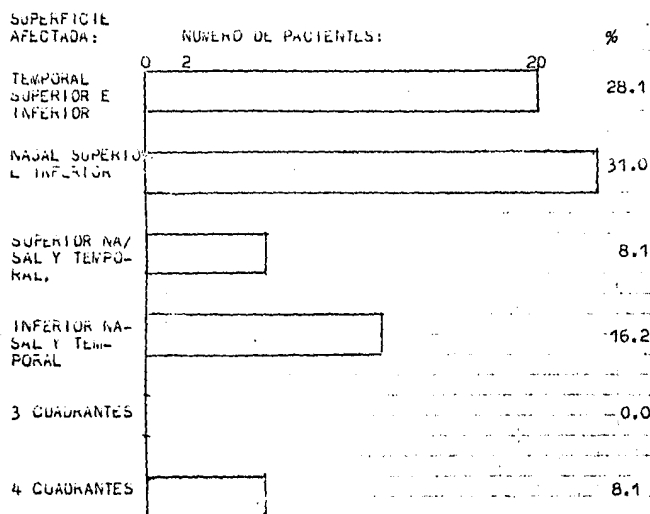
SÓLO REPORTADO EN UN PACIENTE, COMO NORMAL.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA CONJUNTIVAL.-

EFECTUADA Y REPORTADA EN 27 PACIENTES. TOTAL=27.

CLASE 0 1 PACIENTE (1.4 %)
CLASE I 4 PACIENTES (5.6 %)
CLASE II.....19 PACIENTES(26.7 %)
CLASE III..... 2 PACIENTES(2.8 %)
CLASE IV 1 PACIENTE (1.4 %)
CLASE V 2 PACIENTES(2.8 %)

/// DISTRIBUCION DE LESIONES QUE AFECTABAN MAS DE UN CUADRANTE ///



---GRAFICA 12 ---

COMO DATO ADICIONAL, SE ENCONTRÓ REPORTE DE CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CÉRVICO-VAGINAL EN OCHO PACIENTES(DOC-DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER), REPORTÁNDOSE:

CLASE 0	0 PACIENTES	(0%)
CLASE I	3 PACIENTES	(37.5%)
CLASE II	4 PACIENTES	(50.0%)
CLASE III.....	0 PACIENTES	(0%)
CLASE IV	0 PACIENTES	(0%)
CLASE V	1 PACIENTE	(12.5%)

REPORTE HISTOPATOLÓGICO(O ANATOMOPATOLÓGICO).-

TODOS LOS PACIENTES PRESENTARON SU REPORTE ANATOMOPATOLÓGICO(65), EXCEPTO EN 6 PACIENTES (8.4%), DE LOS CUALES UNO SE REPORTÓ COMO "EL TEJIDO SE QUEMÓ DURANTE SU PROCESAMIENTO"; OTRO NO SE ENCONTRÓ EN EL EXPEDIENTE, AUNQUE SÍ COMENTADO EN LAS NOTAS MÉDICAS DE EVOLUCIÓN; LOS DEMÁS SON PACIENTES QUE NO AMERITARON TRATAMIENTO QUIRÚRGICO NI BIOPSIA INCISIONAL, QUE SE MANEJARON EXCLUSIVAMENTE POR VIGILANCIA PERIÓDICA(OBSERVACIÓN), O QUE NO ACEPTARON CIRUGÍA COMO TRATAMIENTO Y SE MANTUVIERON IGUALMENTE EN OBSERVACIÓN.

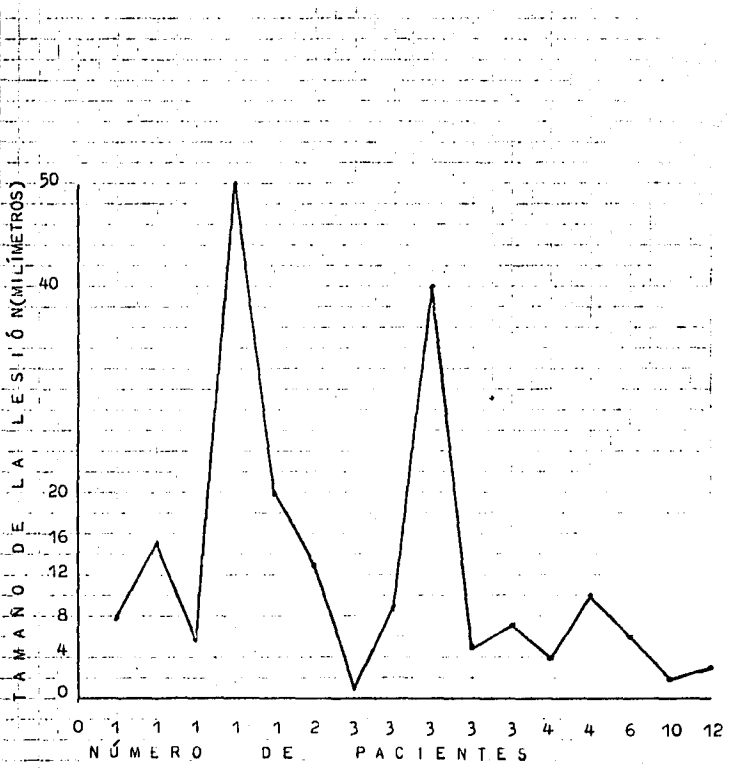
TRATAMIENTO.-

EXCISION-BIOPSIA.....	56 PACIENTES	(78.8%)
ENUCLEACION.....	NINGUNO	
VACIAMIENTO ORBITARIO....	6 PACIENTES	(8.4%)
VIGILANCIA PERIÓDICA.....	10 PACIENTES	(14.0%)

UN PACIENTE CON NEOPLASIA MUY AVANZADA, FUERA DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO(CASO # 19), SE TRATÓ MEDIANTE RADIOTERAPIA; UN PACIENTE DADO DE ALTA COMO FTO(FUERA DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO) POR HEPATOCARCINOMA(CASO # 24) EL 22-10-84. UN PACIENTE (# 56) CON HEMANGIOMA CAPILAR NO OPERABLE, BENIGNO.

PACIENTES OPERADOS CON BORDES POSITIVOS A TUMOR, 2(2.8%)

/// DISTRIBUCION DEL TAMAÑO DE LA LESION///



--- GRAFICA 13 ---

SEGUIMIENTO.-

MÍNIMO 15 DÍAS.....(CASO # 68).....0.5 MESES
MAXIMO:+12 AÑOS(CASO # 50)..... 152 MESES

PROMEDIO: \bar{x} = 16.2 MESES

----- 0 -----

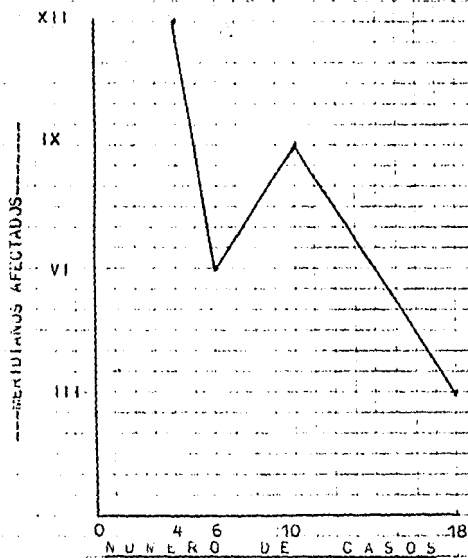
- DISCUSION -

DEL NÚMERO TOTAL DE NEOPLASIAS,74,EL 68.9% FUERON BENIGNAS Y EL 31.0 FUERON MALIGNAS. EN UN ESTUDIO DE DIEZ AÑOS (58), WARCHALEWSKA-PYKALOWA ENCUENTRA 84.6% DE TUMORES BENIGNOS Y 15.4 % DE TUMORES MALIGNOS DE TUMORES CONJUNTIVALES, ESTUDIANDO UNA SERIE DE 26 CASOS.

LA NEOPLASIA MÁS FRECUENTE ENCONTRADA EN ÉSTA SERIE FUÉ EL PAPILOMA ESCAMOSO BENIGNO, CON 18 CASOS O 24.3% DEL TOTAL DEL NÚMERO DE NEOPLASIAS. SE ENCONTRARON EN LA LITERATURA MUNDIAL NUEVE REFERENCIAS SOBRE PAPILOMAS, SIENDO DE TEMAS VARIADOS, TALES COMO PAPILOMAS RECURRENTE(35), PAPILOMAS CAUSADOS POR CONTACTO CON TALCO INFANTIL (54), SOBRE PAPILOMATOSIS DIFUSA DE LA CÓRNEA(67), ESTUDIOS DE PAPILOMAS EN HERMANOS (102), SOBRE PAPILOMAS CORNEALES Y SU TRATAMIENTO(103); UN ESTUDIO MUY INTERESANTE SOBRE PAPILOMAS EN INDIVIDUOS NATIVOS DEL NORTE DE CANADÁ(106), UNA REFERENCIA SOBRE PAPILOMA "DE MALPIGHI"(118); PAPILOMAS INVERTIDOS(157,233), Y UNO SOBRE LA PROBABLE ETIOLOGÍA VIRAL DE LOS PAPILOMAS, LOS PAPOVAVIRUS(205,254).

RESPECTO DE LOS NEVOS CONJUNTIVALES, YANOFF Y FINE (257) MENCIONAN QUE ÉSTOS CONSTITUYEN LA NEOPLASIA CONJUNTIVAL MÁS FRECUENTE; MAS, SIN EMBARGO, EN LA PRESENTE SERIE SE ENCONTRÓ QUE EL PAPILOMA FUÉ EL MÁS FRECUENTE, SEGUIDO POR LOS NEVOS, O LESIONES PIGMENTADAS BENIGNAS, CON UN 21.6% DEL TOTAL DE NEOPLASIAS. DICHS NEVOS PUEDEN ASOCIARSE CON EL DENOMINADO NEVO DE OTA, EL CUAL CONSISTE, COMO PREVIAMENTE SE MENCIONÓ, EN PIGMENTACIÓN OCULODÉRMICA DE UN OJO Y LA PIEL DEL CANTO EXTERNO DEL MISMO. DE ÉSTOS, ES MUY RARA LA MALIGNIZACIÓN, DE LO CUAL EXISTE

/// DISTRIBUCION DE MENSTRUADOS AFECTADOS(LIBRO) ///



--- GRAFICA 14 ---

POR LO MENOS UN CASO REPORTADO(236).EXISTEN OTROS REPORTES IGUALMENTE IMPORTANTES(9,230).

HAY RELACIÓN ENTRE NEVOS CONJUNTIVALES Y MELANOMAS DE COROIDES(83),DEBIDO A QUE PROVIENEN DE UNA CÉLULA MADRE COMÚN A AMBOS,LA CUAL ES LA CÉLULA DE SCHWANN;EN OTRO REPORTE SE ADVIERTE LA ESTRUCTURA FUSIFORME DE ÉSTAS CÉLULAS NÉVICAS(45),EN SU RELACIÓN CON MELANOMA CUTÁNEO, COROIDEO Y NEVO CONJUNTIVAL.OTROS REPORTES NOS HABLAN SOBRE LA RELACIÓN CON NEVOS Y MELANOSIS CONJUNTIVALES (92,101,140).ES INDISCUTIBLE QUE LOS NEVOS CONJUNTIVALES PUEDEN Y SON ASIENTO POTENCIAL DE MELANOMAS MALIGNOS, COMO DE HECHO LO EJEMPLIFICA NUESTRO CASO # 63.

ALGUNOS NEVOS DE CONJUNTIVA SON EN REALIDAD MELANOCITOMAS BENIGNOS(97),EN OJOS POR LO DEMÁS NORMALES;PERO PUEDE COEXISTIR ELMELANOCITOMA EN IRIS,CUERPO CILIAR Y OTRAS PARTES DE LA ECONOMÍA(225).EXISTEN OTROS REPORTES SOBRE TUMORES PIGMENTADOS BENIGNOS(245).SE HAN REPORTADO NEVOS CONJUNTIVALES CON CAMBIOS CÍCLICOS ESPONTÁNEOS(228).

EL CA EPIDERMIOIDE CONJUNTIVAL EN NUESTRA SERIE FUÉ LA TERCERA NEOPLASIA EN ORDEN DECRECIENTE DE FRECUENCIA, Y LA MALIGNA MÁS FRECUENTE,CON 16.2% DEL TOTAL DE NEOPLASIAS.EN LA LITERATURA MUNDIAL EXISTEN REPORTADOS AL RESPECTO CUATRO CASOS,AL MENOS,DE CA MUCO-EPIDERMIOIDE(121, 126,152,190)Y OTRO CASO CON ADEMÁS INVASIÓN OTRAOCULAR DEL CA MUCOEPIDERMIOIDE(235).EXISTEN INTERESANTES REPORTES DE CA EPIDERMIOIDE CONJUNTIVAL EN EL TERCER MUNDO,COMO EN NUESTRO MEDIO,EN PAÍSES COMO ETIOPÍA(112),MALAWI(148), Y NIGERIA(211).EL CA EPIDERMIOIDE CONJUNTIVAL PUEDE ASOCIARSE A LINFOMA(110),A FASCITIS NODULAR(100),TRANSFORMARSE EN ESPINOCELULAR(84,178),O PRESENTAR RECURRENCIAS(86)EN FORMA INTRAEPITELIAL O IN SITU.SU CARÁCTER INVASOR ES BIEN CONOCIDO,COMO LO EJEMPLIFICA NUESTRO CASO # 68,Y VARIOS REPORTES EN LA LITERATURA MUNDIAL(108,42), DE LOS CUALES HAY ALGUNOS QUE PRESENTARON INVASIÓN INTRAOCULAR(119,181).

HAT REPORTADOS MELANOMAS DE CórNEA(21), PERO LA MAYORÍA DE LOS AUTORES PIENSAN QUE EN REALIDAD TALES NEOPLASIAS SON ORIGINARIAS DEL LIMBO. EXISTEN DIVERAS CLASIFICACIONES DE LOS MELANOMAS DE CONJUNTIVA(164), PERO LA MEJOR ES LA PROPUESTA POR YANOFF Y FINE EN SU MAGNÍFICO TRATADO DE PATOLOGÍA OCULAR(257). EL MELANOMA DE CONJUNTIVA PUEDE SER PEDUNCULADO(65), MULTIFOCAL O MÚLTIPLE(147), ASENTARSE EN CONJUNTIVA PALPEBRAL(57, 66), COEXISTIR EN AMBAS CONJUNTIVA Y PIEL DE LOS PÁRPADOS(70, 115, 151, 186, 198), AFECTAR SIMULTÁNEAMENTE CONJUNTIVA E IRIS(143), Y ORIGINARSE EN ZONA DE MELANOSIS SINE PIGMENTO(60); PUEDE ESTAR EN PLANO SUBCONJUNTIVAL(52).

SE SABE LA RELACIÓN MÁS DIRECTA ENTRE MELANOSIS ADQUIRIDA Y MELANOMA CONJUNTIVAL QUE ENTRE NEVO CONJUNTIVAL Y MELANOMA CONJUNTIVAL, DE LO CUAL SE HAN PUBLICADO EN NUESTRO PAÍS Y EL MUNDO, UN MAGNÍFICO TRABAJO SOBRE EL TEMA A CARGO DEL DR. ALFREDO GÓMEZ-LEAL(72), ADEMÁS DE OTROS ESTUDIOS(81, 89, 153, 165, 207, 240). EN OTROS PAÍSES SE HAN HECHO ESTUDIOS EXPERIMENTALES DE MELANOMAS CON PLOMO ORGÁNICO(127), CON MICROSCOPIA ELECTRÓNICA(250); ES CONOCIDA TAMBIÉN AMPLIAMENTE LA AGRESIVA CONDUCTA DE ÉSTE TIPO DE NEOPLASIAS, TANTO LOCAL, COMO REGIONAL Y SISTÉMICA(87, 136, 251). SE PUEDE DAR EL CASO TAMBIÉN DE QUE COEXISTAN DOS MELANOMAS: UNO EN CONJUNTIVA Y OTRO EN PIEL(218), LO CUAL HA SIDO OBJETO DE DISCUSIÓN ACERCA DE LA POSIBILIDAD DE QUE HAYA RELACIÓN ENTRE AMBOS.

----- J -----

LA CONJUNTIVA PUEDE SER AFECTADA POR INFILTRACIÓN DE UN LINFOMA SISTÉMICO(82, 134, 243), PERO EL LINFOMA PUEDE APARECER COMO TUMOR PRIMARIO DE CONJUNTIVA(78, 79, 107, 201). EN NUESTRA SERIE, EL CASO # 9 ES DEMOSTRATIVO DE INFILTRACIÓN LINFOMATOSA SECUNDARIA A CONJUNTIVA.

YA SE HA DISCUTIDO LA NATURALEZA DEL LINFOMA EN CONJUNTIVA(5); ÉSTA NEOPLASIA PUEDE SER DE NATURALEZA SUMAMENTE MALIGNA, EN FORMA DE LINFOSARCOMA(31, 55, 85), QUE PUEDE SER BILATERAL(6); O PUEDE PRESENTARSE EN FORMA DE LINFOGRANULOMATOSIS MALIGNA(73), COMO LINFOMA PLASMOCÍTICO(191); TAMBIÉN PUEDE ESTAR EN PLANO SUBCONJUNTIVAL(253).

RESPECTO A LOS MELANOMAS CONJUNTIVALES, SE HAN REPORTADO CASOS EN CONJUNTIVA DE ÓRBITA ANOFTÁLMICA(91), Y SE HAN HECHO ESTUDIOS DE INMUNOFUORESCENCIA DE ANTICUERPOS ANTI-MELANOMA.

----- 0 -----

EN NUESTRA SERIE ENCONTRAMOS UN CASO DE FIBROMIXOMA (#26), Y EN LA LITERATURA MUNDIAL EXISTEN REPORTADOS CASOS DE MIXOMA CONJUNTIVAL(64, 162, 213); TAMBIÉN LOS HAY DE FIBROSARCOMA O FIBROXANTOMA(74).

DE HIPERPLASIA SEBÁCEA TENEMOS UN CASO(# 28), Y OTRO DE ADENOMA SEBÁCEO DE LA CARÚNCULA(# 44), LO CUAL PODEMOS CORRELACIONAR CON UN CASO DE CA SEBÁCEO EN LA LITERATURA(135).

SOBR EL CA BASOCELULAR, YA SE SABE QUE ES MUY RARO EN LA CONJUNTIVA, QUE ES LO COMÚN QUE APAREZCA EN LA PIEL DE LA CARA Y/O PÁMPADOS, PERO NOSOTROS TENEMOS UN CASO(# 31), Y EN LA LITERATURA HAY OTROS REPORTADOS (98), PROPONIENDO ALGUNOS EL TÉRMINO "BASALIOMA"(15), EN CONTRAPOSICIÓN DEL DE "EPITELIOMA!"

RESPECTO A LOS CORISTOMAS, EN NUESTRA SERIE TENEMOS TRES CASOS: UN QUISTE DERMOIDE(37), UN QUISTE EPIDERMOIDE (#50) Y UNO DE GLÁNDULA LAGRIMAL ECTÓPICA(# 41); EN LA LITERATURA EXISTEN REPORTES DE TERATOMAS(3), COMO CORISTOMAS ÓSEOS(59, 149, 189, 248), CON TEJIDO CEREBRAL(131), CON CORISTOMA ORBITARIO(221), Y COMO CAUSA DE UN ABSCESO DE ÓRBITA EN UN NEONATO(238). TAMBIÉN TENEMOS REPORTES DE QUISTES DERMOIDES EN LA LITERATURA RESPECTO A SU MANEJO(132), A SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO(22), Y EL SÍNDROME DEL DERMOIDE ANULAR, QUE ES UN QUISTE DERMOIDE ANULAR LÍMBICO BILATERAL, CON PATRÓN DE HERENCIA AUTOSÓMICO DOMINANTE(222).

RESPECTO A GLÁNDULA LAGRIMAL ECTÓPICA, TENEMOS REPORTES INTERESANTES(76), UNOS EN FORMA DE QUISTE(214), OTRO EN SITUACIÓN SUBCONJUNTIVAL(180); SE HA DISCUTIDO ACERCA DE SI ÉSTE TIPO DE NEOPLASIAS REPRESENTA LA GLÁNDULA DE MANZ(37).

EL LINFANGIOMA ES UN RARO TUMOR, Y MÁS RARO AÚN EN LA CONJUNTIVA, DE LO CUAL TENEMOS UN CASO EN NUESTRA SERIE (# 43), Y EN LA LITERATURA (33) HAY UN ESTUDIO MUY COMPLETO.

RESPECTO A LOS TUMORES VASCULARES, TENEMOS EN NUESTRA SERIE REPORTADOS CUATRO CASOS DE HEMANGIOMA CAPILAR (#'S 6, 36, 54 Y 62) Y DOS DE HEMANGIOMA CAVERNOSO CONJUNTIVAL (#'S 51 Y 53); AL RESPECTO NO ENCONTRAMOS REPORTES EN LA LITERATURA, POR LO MENOS EN EL INDEX MÉDICUS, EN LA FORMA COMO SE MENCIONÓ PÁGINAS ATRÁS, PERO SÍ SOBRE EL SARCOMA DE KAPOSI CONJUNTIVAL (163); ÉSTE MALIGNO TIPO DE TUMOR VASCULAR PUEDE AFECTAR LA CONJUNTIVA EN LOS CASOS DEL CONOCIDO SÍNDROME DE INMUNO-DEFICIENCIA ADQUIRIDA (247); EXISTEN OTROS REPORTES SOBRE ÉSTE TIPO DE NEOFORMACIONES (25, 75, 105, 174, 185, 199). AFORTUNADAMENTE EN NUESTRA SERIE NO ENCONTRAMOS NINGÚN CASO.

EXISTEN EN LA LITERATURA REPORTADOS OTROS TIPOS DE NEOPLASIAS CONJUNTIVALES, TALES COMO SCHWANNOMA (43) RETÍCULOENDOTELIOSIS, COMO EL SARCOMA DE CÉLULAS RETICULARES (8), HISTIOCITOMA FIBROCÍTICO LÍMBICO (193), Y PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR SOLITARIO (195). TAMBIÉN HAY REPORTADOS CASOS DE NEUROBLASTOMA CONJUNTIVAL (95). EL ONCOCITOMA DE CARÚNCULA, O CISTADENOMA DE CÉLULAS OXÍFILAS O EOSINÓFILAS, ES MUY RARO; NO TUVIMOS NINGÚN CASO; EN LA LITERATURA HAY VARIOS CASOS REPORTADOS (128, 217).

EL CA DE GLÁNDULA SUDORÍPARA, IGUAL QUE EL ONCOCITOMA, ES MUY RARO Y SE ASIENTA EN LA CARÚNCULA; NO TUVIMOS NINGÚN CASO; HAY UNO EN LA LITERATURA (160).

OTROS TUMORES MUY RAROS, DE LOS CUALES NO TUVIMOS EJEMPLOS EN NUESTRA SERIE ESTUDIADA, ES EL MIOBLASTOMA CONJUNTIVAL (176) Y LA INFILTRACIÓN CONJUNTIVAL POR SARCOIDOSIS (204). LA LEUCEMIA PUEDE AFECTAR LA CONJUNTIVA, IGUAL QUE EL LINFOMA (56).

HAY ESTUDIOS SOBRE REPORTES DE CASOS DE PTERIGIÓN Y CA CONJUNTIVAL (50), Y CON MICROSCOPIA ELECTRÓNICA (150).

LOS TUMORES SECUNDARIOS DE CONJUNTIVA, O METÁSTASIS DE PRIMARIOS DE OTRA PARTE DEL CUERPO, SON MUY RAROS (CON EXCEPCIÓN DE LINFOMA Y LEUCEMIA, COMO YA SE MENCIONÓ), PERO

HAY CASOS REPORTADOS, COMO INVASIÓN POR CONTIGUIDAD DE UN SARCOMA DE MAXILAR SUPERIOR(28), OTRO COMO METÁSTASIS A DISTANCIA DE CA VESICAL(32), Y OTRO COMO METÁSTASIS A DISTANCIA POR UN MELANOMA CUTÁNEO(196). EN NUESTRA SERIE NO HUBO CASOS DE ÉSTE TIPO.

HAY REPORTADAS EN LA LITERATURA CASOS SOBRE DIVERSAS DISPLASIAS, NO VERDADEROS TUMORES, PERO SÍ CAMBIOS METAPLÁSICOS O PRECANCEROSOS, COMO QUEPATOACANTOMA MÚLTIPLE(10), XANTOMA FIBROSO(36), GRANULOMA EN PELOTA DE GOLF(40), QUERATOACANTOMA SOLITARIO(124), GRANULOMA ALÉRGICO(212), GRANULOMA ACTÍNICO(215); ESTUDIOS SOBRE LAS PAPILAS CONJUNTIVALES POR USO DELENTE DE CONTACTO RÍGIDO(227), Y UNA ENTIDAD QUE SE ASEMEJA A LA ERITROPLASIA DE QUEYRAT DEL GLANDE DEL PENE(242), Y QUE POR LO MISMO OBIAMENTE NO SE DEBE USAR PARA NEOPLASIAS DE CONJUNTIVA.

COMO MEDIDAS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO, TENEMOS QUE LA CITOLOGÍA EXFOLIATIVA DE CONJUNTIVA ES MÚY ÚTIL PARA DARNOS UNA IDEA DE QUÉ TIPO DE NEOPLASIA SE TRATA, DE LO CUAL SE HIZO USO AMPLIAMENTE EN ÉSTE TRABAJO, Y HAY ABUNDANTE LITERATURA AL RESPECTO(48, 123, 170, 173, 219, 224).

COMO MEDIDAS TERAPÉUTICAS, PRINCIPALMENTE ESTÁ LA CIRUGÍA, EN FORMA DE EXCISIÓN-BIOPSIA, QUE FUÉ LA PRINCIPAL FORMA DE TRATAMIENTO EN NUESTRA SERIE.

COMO MEDIDAS DE INVESTIGACIÓN HISTOPATOLÓGICA, ESTÁ LABIOPSIA PALPEBRAL DE ESPESOR COMPLETO, PARA TUMORES DE CONJUNTIVA TARSAL(203). COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, SIEMPRE DEBE TENERSE EN CUENTA QUE UNA NEOPLASIA DE CONJUNTIVA PUEDE PRESENTARSE COMO UNA SIMPLE CONJUNTIVITIS CRÓNICA UNILATERAL(156) Y QUE TAMBIÉN HAY INFLAMACIONES UNILATERALES QUE SIMULAN NEOPLASIAS(231); TAMBIÉN PUEDEN LAS NEOFORMACIONES DE CONJUNTIVA APARECER COMO QUERATITIS O CONJUNTIVITIS CRÓNICA(49); DE HECHO SE HA PUBLICADO UN "SÍNDROME DE ENMASCARAMIENTO"(216, 246). EXISTEN CASOS CUANDO UNA LESIÓN EPIBULBAR, CONJUNTIVAL O SUBCONJUNTIVAL, PUEDE SIMULAR UNA EXTENSIÓN EXTRAOCULAR DE UN MELANOMA UVEAL(237) LO QUE DE HECHO SUCEDE CON LAS ASAS DE AXENFELD, QUE NO DEBEN CONFUNDIRSE CON MELANOMAS (COMO SE MENCIONÓ EN LA SECCIÓN DE NEVOS Y MELANOMAS EN LA INTRODUCCIÓN).

LA CIRUGÍA, COMO SE MENCIONÓ PREVIAMENTE, ES LA MODALIDAD IDEAL DE TRATAMIENTO(94,223), LO CUAL PUEDE EFECTUARSE MEDIANTE MICROCIROGÍA CON MEJORES RESULTADOS(161), Y EN OCASIONES ESTÁ INDICADO APLICAR INJERTO DE ESCLERA Y MUCOSA ORAL(18); EN OTRAS OCASIONES ES NECESARIO EFECTUAR PLASTÍAS Y RECONSTRUCCIONES DIVERSAS(23); OTRAS VECES, ALGUNOS AUTORES RECOMIENDAN EL USO DE PIEL DEL PREPUCIO PARA REPONER CONJUNTIVA(194). ALGUNOS AUTORES RECOMIENDAN CIRUGÍA Y CRIOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE CIERTOS MELANOMAS DIFUSOS DE CONJUNTIVA(241).

LA CRIOTERAPIA SE USA EXTENSAMENTE PARA EL TRATAMIENTO DE TUMORES CONJUNTIVALES, COMO PARA PAPILOMAS(39,63) Y PARA PAPILOMATOSIS RECURRENTE(139); SE USA TAMBIÉN PARA EL TRATAMIENTO DE TUMORES DE CONJUNTIVA Y DE PÁRPADO SIMULTÁNEAMENTE(116,125,184); SE USA TAMBIÉN PARA TRATAR EL CA EPIDERMÓIDE INTRAEPITELIAL, MEDIANTE ÓXIDO NITROSO COMO FLUÍDO CONGELANTE(208), Y SE USA ASIMISMO PARA EL TRATAMIENTO DE ALGUNOS MELANOMAS CONJUNTIVALES, SIMILARMENTE A LO YA MENCIONADO CON ANTERIORIDAD(197,210,234).

OTRA MODALIDAD DE TRATAMIENTO PARA LOS TUMORES DE CONJUNTIVA ES LA RADIOTERAPIA, ALGUNAS VECES UTILIZANDO APLICADORES ACTIVADOS EN REACTORES NUCLEARES(41), OTRAS VECES MEDIANTE ESCUDOS RADIATIVOS(61); PUEDEN UTILIZARSE RAYOS BETA, O NEUTRONES(111,138,144), O RAYOS GAMA(2); COMO AUXILIARES DIAGNÓSTICOS DEL MELANOMA, EXISTE LA POSIBILIDAD DE EFECTUAR PRUEBAS DE CAPTACIÓN DE ISÓTOPOS RADIATIVOS, COMO CON FÓSFORO 32(P32)(145); EL ESTRONCIO 90, SR90, SE USA PARA TRATAR NEOPLASIAS CONJUNTIVALES MUY SUPERFICIALES(154).

DENTRO DE LAS SUSTANCIAS QUÍMICAS USADAS PARA TRATAR LOS TUMORES DE CONJUNTIVA, ESTÁN EL DINITROCLOROBENCENO O DNCB(124,192,249), CONTRA EL CA ESCAMOSO RECURRENTE; SE HA USADO LA VACUNA BCG CONTRA MELANOMA EXPERIMENTAL(133), Y TAMBIÉN CONTRA OTROS TUMORES CONJUNTIVALES EL YODO(232) Y LA UREA(159), ASÍ COMO TAMBIÉN EL ÁCIDO AZELAICO(244). ALGUNOS AUTORES HAN USADO EL RAYO LASER PARA EL TRATAMIENTO DE ALGUNOS TUMORES CONJUNTIVALES(204), COMO EL LASER DE CO₂ PARA EL PAPILOMA ESCAMOSO RECURRENTE.

- CONCLUSIONES -

EN CONCLUSIÓN, EFECTUANDO UN ANÁLISIS ESTADÍSTICO, E INTEGRAL DE LOS DATOS OBTENIDOS EN ÉSTE TRABAJO, PODEMOS OBSERVAR QUE LAS NEOPLASIAS CONJUNTIVALES PUEDEN SER MUY AGRESIVAS Y FATALES SI NO SON ERRADICADAS O DESTRUIDAS A TIEMPO EN LA FORMA QUE SEA; ÉSTO QUIERE DECIR QUE POR EJEMPLO UN MELANOMA, DEBE TRATARSE CON EXCISIÓN AMPLIA LO ANTES POSIBLE; TAMBIÉN AL RESPECTO SE DEBE MENCIONAR LA NECESIDAD DE NO VIGILAR, SINO ESCINDIR TAMBIÉN TODOS LOS NEVOS, CONJUNTIVALES Y CUTÁNEOS DE LOS PÁRPADOS, POR LA POSIBILIDAD DE TRANSFORMACIÓN EN MELANOMA. EL FÁCIL ACCESO VISUAL, INSTRUMENTAL Y QUIRÚRGICO DE LA CONJUNTIVA HACE QUE LOS TUMORES SEAN DE FÁCIL MANEJO Y TRATAMIENTO, CUANDO ÉSTOS SE HALLAN EN SUS FASES INICIALES. EN NUESTRA SERIE DE PACIENTES, AQUÉLLOS A QUIENES HUBO DE TRATARSE MEDIANTE CIRUGÍA RADICAL (VACIAMIENTO ORBITARIO), SE DEBIÓ AL GRAN TAMAÑO YA DEL TUMOR, O PORQUE ÉSTE SE HALLABA YA MUY EXTENDIDO, SIEMPRE POR CAUSAS AJENAS AL SISTEMA DEL INSS; INCLUSO EN UN CASO, EL PACIENTE REHUSÓ EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE SU MELANOMA DURANTE VARIOS MESES (CASO # 16), Y CUANDO POR FIN ACCEDIÓ, HUBO DE EFECTUAR LA MENCIONADA MUTILANTE CIRUGÍA, PRESENTANDO POSTERIORMENTE ACTIVIDAD TUMORAL EN LA CAVIDAD ORBITARIA Y REGIONAL, LO CUAL EMPOBRECE SEVERAMENTE EL PRONÓSTICO PARA LA VIDA. FUERA DE ÉSTO POCOS CASOS, EL RESTO DE LOS PACIENTES DETECTÓ SU TUMOR CONJUNTIVAL A TIEMPO, Y SE LE PUDO OFRECER UN TRATAMIENTO OPORTUNO, EFICAZ, Y ADEMÁS, LO QUE ES MUY IMPORTANTE, SEGUIMIENTO DEL CASO DURANTE EL MÁXIMO TIEMPO QUE SEA NECESARIO. DE ÉSTO SE DESPRENDE LA NECESIDAD DE PROGRAMAR Y LLEVAR A CABO CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN PARA LA DETECCIÓN OPORTUNA DE NEOPLASIAS DE CONJUNTIVA, PARA REDUCIR LA MORBI-MORTALIDAD QUE ÉSTAS REPRESENTAN. EL MANEJO Y SUS RESULTADOS, DE LOS TUMORES CONJUNTIVALES POR EL HOSPITAL DE ONCOLOGÍA, TAMBIÉN SE CONCLUYE, ESTÁ A LA ALTURA O ES MEJOR QUE EL DE OTROS CENTROS ONCOLÓGICOS DE OTRAS PARTES DEL MUNDO, A PESAR DE LAS CONOCIDAS LIMITACIONES DE

RECURSOS HUMANOS, ECONÓMICOS Y DE TODO TIPO, DE UNA NACIÓN EN DESARROLLO, COMO LA NUESTRA. FINALMENTE, LAS 5 NEOPLASIAS DE CONJUNTIVA EN NUESTRO MEDIO FUERON: PAPILOMAS, NEVOS, CARCINOMA EPIDERMÓIDE, HEMANGIOMAS Y MELANOMAS, LAS MÁS FRECUENTES, EN ORDEN DECRECIENTE DE FRECUENCIA.

----- 0 -----

- A P E N D I C E -

-----0-----

ABREVIATURAS.-

- | | | |
|----------------------|----------------------------------------|------------|
| 1.- AHF | ANTECEDENTES HEREDOS | FAMILIARES |
| 2.- AO | AMBOS OJOS | |
| 3.- AHNP | ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS | |
| 4.- APP | ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS | |
| 5.- AR | ARTHRITIS REUMATOIDE | |
| 6.- AT | ACTIVIDAD TUMORAL | |
| 7.- AV | AGUDEZA VISUAL | |
| 8.- A-V | ARTERIOVENOSA | |
| 9.- AVC | ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL | |
| 10.- BCG | BACILO CALMETTE-GUERIN | |
| 11.- BH | BIOMETRÍA HEMÁTICA | |
| 12.- BM | BIOMICROSCOPIA | |
| 13.- CA | CÁMARA ANTERIOR | |
| 14.- CAE | CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO | |
| 15.- CA | CARCINOMA | |
| 16.- CA ⁺ | CALCIO | |
| 17.- CA Cu | CARCINOMA CÉRVICOUTERINO | |
| 18.- CC | CON CORRECCIÓN (LENTES) | |
| 19.- CD | CUENTA DEDOS | |
| 20.- CE | CUERPO EXTRAÑO | |
| 21.- CFE | COMISIÓN FEDERAL DE ELECTRICIDAD | |
| 22.- CHAN | CIRROSIS HEPÁTICA ALCOHOLO-NUTRICIONAL | |
| 23.- CID | CUADRANTE INFERIOR DERECHO | |
| 24.- CII | CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO | |
| 25.- CNLR | CENTRO MÉDICO LA RAZA | |
| 26.- CMN | CENTRO MÉDICO NACIONAL | |
| 27.- CSD | CUADRANTE SUPERIOR DERECHO | |
| 28.- CSI | CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO | |

ABREVIATURAS...

29.- CV	CAPACIDAD VISUAL
30.- DHL	DESHIDROGENASA LÁCTICA
31.- DIF	DIFÍCIL
32.- DIU	DISPOSITIVO INTRAUTERINO
33.- DOC	DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER(CITOLOGÍA EXFOLIATIVA CÉRVICO VAGINAL)
34.- DR	DESPHENDIMIENTO DE RETINA
35.- DTIC	DACARBACINA(AGENTE ANTIMETABOLITO)
36.- Dx	DIAGNÓSTICO
37.- EF	EXPLORACIÓN FÍSICA(GENERAL)
38.- EGO	EXAMEN GENERAL DE ORINA
39.- ETO	EXAMEN TRANSOPERATORIO(ANATOMOPATOLÓGICO)
40.- FAR	FLUORANGIOGRAFÍA RETINIANA
41.- FID	FOSA ILÍACA DERECHA
42.- FO	FONDO DE OJO
43.- FR	FIEBRE REUMÁTICA
44.- FR	FÓRMULA ROJA---
45.- FTO	FUERA DE TRATAMIENTO ONCOLÓGICO
46.- FUM	FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN
47.- FUR	FECHA DE ÚLTIMA REGLA
48.- Fx	FRACTURA
49.- Hb	HEMOGLOBINA
50.- HD	HIGIÉNICO-DIETÉTICOS
51.- HGZ	HOSPITAL GENERAL DE ZONA(IMSS)
52.- HT	HEMATOCRITO
53.- HTA	HIPERTENSIÓN ARTERIAL
54.- HTO	HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA(CMN)
55.- ICC	INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA
56.- IMSS	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
57.- K ⁺	POTASIO(KALIUM)
58.- M	MERIDIANO(HORA DE LA CARÁTULA DE UN RELOJ)
59.- MI's	MIEMBROS INFERIORES
60.- MM	MOVIMIENTOS DE MANO
61.- mm	MILÍMETROS
62.- MO	MOVILIDAD OCULAR
63.- MPD	MIEMBRO PÉLVICO DERECHO
64.- MPI	MIEMBRO PÉLVICO IZQUIERDO

ABREVIATURAS...

65.- MSL	MEDIO SOCIO-ECONÓMICO
66.- MTS	METÁSTASIS(A DISTANCIA)
67.- Na ⁺	SODIO(NATRIUM)
68.- NM	NO MEJORA(CON ESTENOPEICO O LENTES LA AV)
69.- NO	NERVIO ÓPTICO
70.- NPL	NO PERCIBE LUZ(AMAUROSIS)
71.- NV	NO VALORABLE(FUH OPACIDAD DE MEDIOS)
72.- OD	OJO DERECHO
73.- OI	OJO IZQUIERDO
74.- P	FÓSFORO
75.- PA	PADECIMIENTO ACTUAL
76.- PAF	PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO
77.- PCI	PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL
78.- PFH	PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPÁTICO
79.- PH	POTENCIAL HIDRÓGENO
80.- PL	(SÓLO) PERCIBE LUZ
81.- PPF	PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR(ANTICONCEPTIVOS)
82.- PPM	POSICIÓN PRIMARIA DE LA MIRADA(MIRADA AL FRENTE)
83.- QS	QUÍMICA SANGUÍNEA(GLUCOSA,UREA,CREATININA)
84.- QT	QUIMIOTERAPIA
85.- RT	RADIOTERAPIA
86.- Rx	RAYOS X
87.- SA	SEGMENTO ANTERIOR
88.- SIC	TRANSCRITO TEXTUALMENTE(LATÍN "ASÍ")
89.- SJD	SALPINGOOFORLECTOMÍA BILATERAL
90.- SPN	SENOS PARANASALES
91.- IA	TENSIÓN ARTERIAL
92.- TBP	TUBERCULOSIS PULMONAR
93.- TCE	TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO
94.- TIO	TENSIÓN INTRAOCULAR
95.- TO	TENSIÓN OCULAR
96.- TP	TIEMPO DE PROTROMBINA
97.- TSGO	TRANSAMINASA SÉRICA GLUTÁMICO-OXALACÉTICA
98.- TSGP	TRANSAMINASA SÉRICA GLUTÁMICO-PIRÚVICA

ABREVIATURAS...

- 99.- TTP TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL
100.- Tx TÓRAX
101.- VSA (INICIO DE) VIDA SEXUAL ACTIVA
102.- (.) AGUJERO ESTENOPEICO.- AGUJERO DE 1 A 2 MM DE DIÁMETRO, PRACTICADO EN UNA HOJA DE MATERIAL OPACO DELGADO (PLÁSTICO, METAL), A TRAVÉS DEL CUAL UN PACIENTE QUE REQUIERE DE CORRECCIÓN ÓPTICA (LENTES), POR PADECER DE ALGUNA AMETROPIA O VICIO DE REFRACCIÓN EN SUS OJOS, MEJORA SU AGUDEZA VISUAL AL PONERLO FRENTE A LA CARTILLA DE SNELLEN O SU EQUIVALENTE.

----- 0 -----

B I B L I O G R A F I A

- 1.- GARRON C N
THE COMPARATIVE PATHOLOGY OF NEOPLASMS OF THE EYELIDS AND
CONJUNCTIVA WITH SPECIAL REFERENCE TO THOSE OF
EPITHELIAL ORIGIN.
ACTA DERMATOVENER (STOCKHOLM) 42(SUPPL 51):1-100, 1962
- 2.- JOLDBERG J R, ET AL
GAMMA RADIATION IN THE TREATMENT OF SQUAMOUS CELL
CARCINOMA OF THE LIMBUS.
AMER J OPHTHALMOL 55:811-5, APR 63
- 3.- LALL K
TERATOMA OF CONJUNCTIVA
ACTA OPHTHAL (COPENHAVN) 40:555-8, 1962
- 4.- VANCEA F, ET AL
PIGMENTED INTRAEPITHELIAL EPITELIOMA DEVELOPED IN A
"JUNCTIONAL NEVUS" OF THE BULBAR CONJUNCTIVA.
ARCH OPHTAL (PARIS) 23:35-45, JAN-FEB 63
- 5.- RORTAUM A
NATURE OF LYMPHOID TUMORS OF THE ORBIT, CONJUNCTIVA,
EYELIDS AND LACRIMAL GLAND.
AMER J OPHTHALMOL 57:820-6, MAY 64
- 6.- LAMONT IC, ET AL
A CASE OF BILATERAL CONJUNCTIVAL LYMPHOSARCOMA.
CLIN RADIOLOG 14:447-50, OCT 63
- 7.- SIDI E, ET AL
DESS'S MALIGNANT ATROPHIC PAPULOSIS.
ANN DERM SYPH (PARIS) 51:50-1, JAN-FEB 64
- 8.- DYAR R, ET AL
RETICULAR-CELL SARCOMA OF THE CONJUNCTIVA
AMER J OPHTHAL 55:323-30, MAY 65

- 9.- JUNGEDA J
NEVUS OF UTA.
AMER J OPHTHAL 59:223-5 MAY 65
- 10.- FRIEDMAN R P, ET AL
MULTIPLE CUTANEOUS AND CONJUNCTIVAL KERATOACANTHOMATA.
ARCH DERM(CHICAGO) 92:162-5, AUG 65
- 11.- CARROLL J M, ET AL
A CLASSIFICATION OF LIMBAL EPITHELIOMAS
ARCH OPHTHAL(CHICAGO) 73:545-51, APR 65
- 12.- MILLER G R
CIRCULIMBAL CARCINOMA IN SITU.
ARCH OPHTHAL(CHICAGO) 74:66-8, JUL 65
- 13.- JAY B
NAEVI AND MELANOMATA OF THE CONJUNCTIVA.
BRIT J OPHTHAL 49:167-204, APR 65
- 14.- HAIM S, ET AL
SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE CONJUNCTIVA IN XERODERMA
PIGMENTOSUM.
ISRAEL J MED SCI 1:431-4, MAY 65
- 15.- TIMM G
IS THERE A BASALIOMA OF THE CONJUNCTIVA?
KLIN MBL AUGENHEILK 144:533-9, MAY 64
- 16.- ROSCHIN V P
ON EPITHELIOMAS OF THE EPIBULBAR CONJUNCTIVA AND OF
THE LACRIMAL CARUNCULAR REGION IN CHILDHOOD AND ADO-
LESCENCE.
VESTN OPTAL 77:20-4, SEP-OCT 64
- 17.- VERDAGUER J JR
PREPUBERAL AND PUBERAL MELANOMAS IN OPHTHALMOLOGY.
AMER J OPHTHAL 60:1002-11, DEC 65

- 18.- BOUDET G ET AL
 CRAFT OF THE SCLERA AND CHAL MUCOSA IN DEEP CONJUNCTIVAL
 TUMORS.
 BULL SOC OPHTAL FRANC 65:358-3, APR 65
- 19.- THIEL R
 MALIGNANT TUMORS OF THE CONJUNCTIVA.
 OPHTHALMOLOGICAL(BASEL) 151:68-74, 1966
- 20.- MINCONE G
 ON THE SUBJECT OF RARE CONJUNCTIVAL PATHOLOGY: TARSAL
 PAPILLOMA, COMMISSURAL HEMANGIOFIBROMA, EPIBULBAR
 LYMPHATIC CYST, NEURINOMA.
 ARCH DE VECCHI ANAT PAT 44:1023-48, DEC 64
- 21.- HUTLER H
 REPORT ON A MALIGNANT MELANOMA OF THE CORNEA.
 KLIN WBL AUGENHEILK 147:50-7, SEP 65
- 22.- SEDAN J
 A FEW REMARKS ON CONGENITAL DERMoids OF THE CONJUNCTI-
 VA AND ON THEIR SURGICAL TREATMENT.
 BULL SOC OPHTAL FRANC 65:416-21, MAY 65
- 23.- SANDERSON K S ET AL
 TECHNIC FOR RECONSTRUCTION OF CARCINOMA OF THE INNER
 CANTHUS.
 AMER SURG 31:625-8, OCT 65
- 24.- FLEISCHMAN L J
 PAPULOSIS ATROPHICANS MALIGNA DEGOS WITH MICROANEURYSMS
 OF THE CONJUNCTIVA.
 ARCH DERM(CHICAGO) 94:440-3, OCT 65
- 25.- MORTAWA M
 CONJUNCTIVAL REGRESSING KAPOSI'S SARCOMA.
 BRIT J OPHTHAL 51:275-80, APR 67

- 26.- PANG H G
 CARCINOMA OF THE CONJUNCTIVA.
 HAWAII MED J 26:431-2 MAY-JUN 67
- 27.- BERNARDCZYKOWA A, ET AL
 TREATMENT OF EPITHELIAL NEOPLASMS OF THE CONJUNCTIVA.
 POL MED J 6:709-17, 1967
- 28.- RAVAUPT M P, ET AL
 LIMBIC METASTASES FROM A SARCOMA OF THE UPPER MAXILA.
 BULL SOC OPHTAL FRANC 66:799-801, SEP 66
- 29.- BERNARDCZYKOWA A, ET AL
 TREATMENT OF CONJUNCTIVAL EPITHELIOMA.
 KLIN OCZNA 36:533-8, 1966
- 30.- WACHTEL J G, ET AL
 JUVENILE MELANOMA (MIXED SPINDLE CELL AND EPITHELIOID
 CELL NEVUS) OF THE CONJUNCTIVA.
 SURVEY OPHTHALMOL 12:12-6, FEB 67
- 31.- PANCEKZ S
 A CASE OF CONJUNCTIVAL LYMPHATIC SARCOMA.
 KLIN OCZNA 37:243, 1967
- 32.- HOLLANDER A, ET AL
 OCULOCUTANEOUS METASTASES FROM CARCINOMA OF THE URINARY
 BLADDER. CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE.
 ARCH DERM (CHICAGO) 97:678-84, JUN 68
- 33.- THOMAS C, ET AL
 CONJUNCTIVO-PALPEBRAL AND ORBITAL LYMPHANGIOMA.
 BULL SOC OPHTAL FRANC 66:1247-52, DEC 66
- 34.- MARQUARDT R
 STUDIES OF THE TREATMENT OF MALIGNANT TUMORS OF THE
 EYELIDS AND CONJUNCTIVA.
 KLIN MBL AUGENHEILKD 152:23-7, 1968

- 35.- BUILENKO L M
 RECURRENT PAPILLOMA OF THE EYELID AND EYEBALL CONJUNCTIVA.
 OPTAL ZH 21:56-7, 1966
- 36.- ALBERT D MIET AL
 FIBROUS XANTHOMAS OF THE CONJUNCTIVA.
 ARCH OPHTHAL(CHICAGO) 80:474-9, OCT 68
- 37.- KESSING S V
 ECTOPIC LACRIMAL GLAND TISSUE AT THE CORNEAL LIMBUS
 (GLAND OF WANZ?)
 ACTA OPHTHAL(KOBENHAVN) 46:398-403, 1968
- 38.- PEETERS H J ET AL
 CONJUNCTIVAL POLYP CAUSED BY RHINOSPORIDIUM SEEBERI.
 REPORT OF A CASE.
 AMER J CLIN PATH 51:256-9, FEB 69
- 39.- HARKEY M E ET AL
 CRYOTHERAPY OF CONJUNCTIVAL PAPILOMATA.
 AMER J OPHTHAL 60:872-4, NOV 68
- 40.- SCHICHELL K F
 MELANOMA OF EPIBULBAR CONJUNCTIVA.
 EYE EAR NOSE THROAT MONTHLY 48:181-4, MAR 69
- 41.- SCHULZ M D ET AL
 REACTOR ACTIVATED APPLICATORS FOR TREATMENT OF CONJUNCTIVAL NEOPLASIA.
 RADIOLOGY 32:1553, JUN 69
- 42.- NUNOMURA H ET AL
 A CASE OF CONJUNCTIVAL CANCER: MALIGNANT INVASION OF
 HODGEN'S DISEASE.
 FOLIA OPHTHAL JAP 20:405-7, APR 69

- 43.- VINCENT N J, ET AL
 SCHWANNOMA OF THE BULBAR CONJUNCTIVA.
 ARCH OPHTHAL (CHICAGO) 80:641-2, NOV 68
- 44.- HAMILTON R S
 TWO CASES OF MALIGNANT MELANOMA OF THE LIDS, CONJUNCTIVA
 AND CARUNCLE.
 TRANS AMER OPHTHAL SOC 66:394-415, 1968
- 45.- FLYTER F, ET AL
 ON THE INTERDEPENDENCE OF CUTANEOUS AND CONJUNCTIVAL
 NEVI AND CHOROIDAL MELANOMA. II.- THE NEVUS OF THE
 CONJUNCTIVA AND THE CARUNCLE.
 GRAEFFE ARCH KLIN EXP OPHTHAL 178:67-71, 1969
- 46.- ZEYDLER-GRZEDZIELEWSKA L, ET AL
 A CASE OF JUVENILE MELANOMA OF THE BULBAR CONJUNCTIVA.
 KLIN OCZNA 39:85-8, 1969
- 47.- CHOPJAR A
 MALIGNANT MELANOMA OF THE CONJUNCTIVA.
 BRIT J OPHTHAL 54:631-3, SEP 70
- 48.- DYKSTRA P C, ET AL
 THE CYTOLOGIC DIAGNOSIS OF CARCINOMA AND RELATED LE-
 SIONS OF THE OCULAR CONJUNCTIVA AND CORNEA.
 TRANS AMER ACAD OPHTHAL OTOLARYNG 73:979-95, SEP-OCT 69
- 49.- THYGESON P
 OBSERVATIONS ON CONJUNCTIVAL NEOPLASMS MASQUERADING
 AS CHRONIC CONJUNCTIVITIS OR KERATITIS.
 TRANS AMER ACAD OPHTHAL OTOLARYNG 73:969-78, SEP-OCT 69
- 50.- SEVEL D, ET AL
 PTERYGIA AND CARCINOMA OF THE CONJUNCTIVA.
 TRANS OPHTHAL SOC UK 88:567-78, 1969

- 51.- DUNNET W, ET AL
 STUDY OF CYSTIC EPITHELIO-NEVIC TUMORS OF BULBAR
 CONJUNCTIVA: PARINAUD'S "DERMOEPITHELIOMA".
 ANN Oculist (PARIS) 203:221-60, MAR 70
- 52.- HAYE G, ET AL
 SUBCONJUNCTIVAL MELANOMA.
 BULL SOC OPHTAL FRANC 66:350-2, MAR 68
- 53.- MÜLLER W, ET AL
 MULTIPLE PRIMARY MALIGNANT TUMORS.
 OPHTHALMOLOGICA (BASEL) 160:227-30, 1970
- 54.- KANDA K, ET AL
 A CASE OF PAPILLOMA OF THE CONJUNCTIVA CAUSED BY BABY
 POWDER.
 FOLIA OPHTHAL JAP 20:645-50, JUL 69
- 55.- SHIMODE K
 A CASE OF LYMPHOSARCOMA OF THE CONJUNCTIVA.
 FOLIA OPHTHAL JAP 20:658-62, JUL 69
- 56.- TABUCHI Y, ET AL
 TUMOR OF BULBAR CONJUNCTIVA ASSOCIATED WITH ACUTE
 MYELOID LEUKEMIA.
 FOLIA OPHTHAL JAP 20:681-6, JUL 69
- 57.- YUKIYAMA M, ET AL
 A CASE OF MALIGNANT MELANOMA OF THE PALPEBRAL CONJUNC-
 TIVA.
 FOLIA OPHTHAL JAP 21:205-8 APR 70
- 58.- WARCHALEWSKA-PYKALOWA U
 EPIBULBAR NEOPLASMS: DATA GATHERED IN THE COURSE OF
 10 YEARS.
 KLIN OczNA 39:319-22, 1969

- 59.- FERRY A F, ET AL
 EPIBULBAR OSSEOUS CHORISTOMA WITHIN AN EPIBULBAR DERMOID.
 AM J OPHTHALMOL 70:764-6, NOV 70
- 60.- GRIFFITH W R, ET AL
 CONJUNCTIVAL MALIGNANT MELANOMA ORIGINATING IN ACQUIRED MELANOSIS SINE PIGMENTO.
 AM J OPHTHALMOL 72:595-9, SEP 71
- 61.- MILLER D, ET AL
 RADIOACTIVE SCLERAL SHELLS IN THE TREATMENT OF CONJUNCTIVAL TUMORS
 AM J OPHTHALMOL 70:783-6, NOV 70
- 62.- TICHO U, ET AL
 CLINICAL AND PATHOLOGIC CORRELATION OF NONPIGMENTED TUMORS OF THE CONJUNCTIVA AND PINGUECULAS AMONG AFRICANS.
 AM J OPHTHALMOL 70:757-63, NOV 70
- 63.- OYOMUNDHO J M, ET AL
 CRYOTHERAPY OF CONJUNCTIVAL PAPILOMA.
 ARCH OPHTHALMOL 84:609-10, NOV 70
- 64.- STAFFORD W R
 CONJUNCTIVAL MYXOMA.
 ARCH OPHTHALMOL 85:443-4, APR 71
- 65.- WATSON R G, ET AL
 PEDUNCULATED MALIGNANT MELANOMA OF CONJUNCTIVA.
 CAN J OPHTHALMOL 5:386-91, OCT 70
- 66.- BALESTRAZZI E
 MALIGNANT MELANOMA OF THE CONJUNCTIVA PALPEBRALIS.
 OPHTHALMOLOGICA 162:183-7, 1971

- 67.- DEJOUH F, ET AL
 DIFFUSE PAPILLOMATOSIS OF THE CONJUNCTIVA.
 BULL SOC OPHTHALMOL FR 67:266-72, FEB 67
- 68.- GIRONO A, ET AL
 PARINAUD'S DERMOLPITHELIOMA. PRESENTATION OF AN
 ANATOMOCLINICAL CASE.
 BULL SOC OPHTHALMOL FR 68:502-4, APR 68
- 69.- PAUFIQUE L, ET AL
 PHYSIOTHERAPY OF LIMBIC SYSTEM EPITHELIOMA.
 BULL SOC OPHTHALMOL FR 67:478-83, APR 67
- 70.- AOKI A
 A CASE OF MALIGNANT MELANOMA OF THE LOWER EYELID AND
 BULBAR CONJUNCTIVA.
 FOLIA OPHTHALMOL JAP 21:724-7, NOV. 70
- 71.- YONEMURA D, ET AL
 SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE LIMBUS.
 FOLIA OPHTHALMOL JAP 22:271-6, APR 71
- 72.- GONZALEZ-LEAL A.
 MELANOSIS AND PIGMENTED TUMORS OF THE CONJUNCTIVA.
 PRENSA MED MEX 35:171-8, MAR-APR 70
- 73.- FAULSTICH J
 MALIGNANT LYMPHOGRANULOMATOSIS OF THE CONJUNCTIVA.
 KLIN MONATSBL AUGENHEILK 156:409-16, MAR 70
- 74.- DELGADO-PARTIDA F, ET AL
 FIBROSARCOMA (MALIGNANT FIBROXANTHOMA) INVOLVING CONJUNCTIVA AND CILIARY BODY.
- 75.- LIEBERMAN P H, ET AL
 KAPOSII'S SARCOMA OF THE BULBAR CONJUNCTIVA.
 ARCH OPHTHALMOL 88:44-5, JUL 72

- 76.- PFAFENDACH D D, ET AL
 ECTOPIC LACRIMAL GLAND.
 INT OPHTHALMOL CLIN 11:149-59, FALL 71
- 77.- RAJAGOPALAN K, ET AL
 BILATERAL CONJUNCTIVAL EPITHELIOMA.
 J INDIAN MED ASSOC 57:430-1, 1 DEC 71
- 78.- CALLE R, ET AL
 PRIMARY MALIGNANT LYMPHOID TUMORS OF THE ORBIT, EYE,
 AND ADREXA OCULI. TREATMENT AND PROGNOSIS BASED ON THE
 SITE OF THE TUMOR AND ITS HISTOLOGICAL TYPE.
 BULL CANCER (PARIS) 58:329-49, JUL-SEP 71
- 79.- LEHUNSEC W J
 ISOLATED CONJUNCTIVAL LYMPHOMA IN ADULTS.
 BULL SOC OPHTHALMOL FR 71:980-2, NOV 71
- 80.- ABRAMOWICZ I
 CARCINOMA OF THE BULBAR CONJUNCTIVA WITH EXTENSION
 INTO THE CORNEA AND INTRAOCULAR INVASION. ANATOMOPATHO-
 LOGICAL STUDY.
 KLIN OCZNA 41:567-8, 1971
- 81.- CHWIROT R
 PRECANCEROUS AND CANCEROUS CONJUNCTIVAL MELANOSIS.
 KLIN OCZNA 41:785-9. 1971
- 82.- MORGAN G
 LYMPHOCYTIC TUMORS OF THE CONJUNCTIVA.
 J CLIN PATHOL 24:585-95, OCT 71
- 83.- FEYTER F, ET AL
 RELATIONSHIP BETWEEN CUTANEOUS AND CONJUNCTIVAL NEVI
 AND CHOROID MELANOMA. 3) CELL CONDITION OF A MIXED-CELL
 MELANOMA OF THE UVEA ON SWABS AND SMEARS.
 ALBRECHT VON GRAEFFES ARCH KLIN OPHTHALMOL 179:199-214
 1979

- 84.- FUKUCHI S
 TRANSFORMATION OF SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE LID
 IN XERODERMA PIGMENTOSUM TO SPINDLE-CELL TYPE FOLLOWING
 IRRADIATION.
 FOLIA OPHTHALMOL JAP 22:485-7, JUL 71
- 85.- HAKUYAMA T, ET AL
 HISTOPATHOLOGICAL FINDINGS OF SUBCONJUNCTIVAL LYMPHOSAR-
 COMA.
 FOLIA OPHTHALMOL JAP 22:488-91, JUL 71
- 86.- JANUERS H, ET AL
 RECURRENT CARCINOMA IN SITU OF THE CONJUNCTIVA AND
 CORNEA (DOWEN'S DISEASE).
 AM J OPHTHALMOL 74:688-93, OCT 72
- 87.- GOW J A, ET AL
 INTRAOCULAR EXTENSION OF AN EPIBULBAR MALIGNANT MELA-
 NOMA.
 ARCH OPHTHALMOL 90:57-9, JUL 73
- 88.- BLOU F C
 SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE CONJUNCTIVA.
 DOC OPHTHALMOL 34:93-108, 21 FEB 73
- 89.- SCHLIEFELN F
 CONSERVATIVE THERAPY OF MALIGNANT MELANOMA OF THE
 CONJUNCTIVA ORIGINATING FROM A MELANOTIC PREBLAS-
 TOMATOSIS DUBREUILH.
 KLIN MONATSBL AUGENHEILKD 161:416-24, OCT 72
- 90.- O'GRADY R, ET AL
 GOLF-BALL GRANULOMA OF THE EYELIDS AND CONJUNCTIVA.
 AM J OPHTHALMOL 76:148-51, JUL 73
- 91.- SCUDERI G, ET AL
 CONJUNCTIVAL MELANOMA IN AN ANOPHTHALMIC ORBIT.
 OPHTHALMOLOGICA 166:172-4, 1973.

- 92.- ELSAS F J, ET AL
 BENIGN PIGMENTED TUMORS, ARISING IN ACQUIRED CONJUNCTIVAL MELANOSIS.
 AM J OPHTHALMOL 78:229-32, AUG 74
- 93.- WONG I G, ET AL
 IMMUNOFLUORESCENT DETECTION OF ANTIBODIES TO OCULAR MELANOMAS.
 ARCH OPHTHALMOL 92:98-102, AUG 74.
- 94.- BEDFORD M A
 MANAGEMENT OF TUMORS OF THE EYELIDS AND CONJUNCTIVA.
 EYE EAR NOSE THROAT MON 52:357-63, OCT 73
- 95.- NOZAKI H, ET AL
 STUDIES ON OCULAR INVOLVEMENTS OF NEUROBLASTOMA.
 ACTA SOC OPHTHALMOL JAP 77:2044-53 DEC 73
- 96.- PLATAKIS-BASOWA K
 PLANOEPITHELIAL CARCINOMA OF BULBAR CONJUNCTIVA AND CORNEA CAUSED BY LONG STANDING SENILE EBTRORION OF LOWER EYELID.
 KLIN OCZNA 43:1353-6, DEC 73
- 97.- VERDAGUER J, ET AL
 MELANOCYTOMA OF THE CONJUNCTIVA.
 ARCH OPHTHALMOL 91:363-6, MAY 74
- 98.- AFTAB M, ET AL
 BASAL CELL CARCINOMA OF THE CONJUNCTIVA.
 BR J OPHTHALMOL 57:836-7, NOV 73
- 99.- BULLOCK J D, ET AL
 SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE CONJUNCTIVA.
 OHIO STATE MED J 70:502-3, AUG 74
- 100.- LITRICIN O
 FASCIITIS NODULARIS REGIONIS LIMBI ET CONJUNCTIVAE BULBI.
 OPHTHALMOLOGICA 166:473-6, 1973

- 101.- MANSCHOT W A
 MELANOTIC LESIONS OF THE CONJUNCTIVA.
 TRANS OPHTHALMOL SOC UK 93:733-8, 1973
- 102.- WILSON F W II, ET AL
 CONJUNCTIVAL PAPILLOMAS IN SIBLINGS.
 AM J OPHTHALMOL 77:103-7, JAN 74
- 103.- HALLEKMAN H
 CN CORNEAL PAPILLOMAS AND THEIR TREATMENT.
 KLIN MONATSBL AUGENHEILKD 163:518-23, NOV 73
- 104.- TROTIER M
 MELANOMA OF THE BULBAR CONJUNCTIVA.
 UNION MED CAN 102:2113-6, JCT 73
- 105.- HOWARD G W, ET AL
 KAPOSI'S SARCOMA OF THE CONJUNCTIVA.
 AM J OPHTHALMOL 79(3):420-3, MAR 75
- 106.- PEARCE H G, ET AL
 CONJUNCTIVAL PAPILLOMAS IN NORTHERN CANADIAN NATIVES.
 CAN MED ASSOC J 112(12):1423-7, 21 JUN 75
- 107.- GELLE K, ET AL
 PRIMARY MALIGNANT LYMPHOID TUMORS OF THE ORBIT, THE EYE
 AND ITS ADNEXA.
 EYE EAR NOSE THROAT MON 54(4):141-9, APR 75
- 108.- ILIFF W J, ET AL
 INVASIVE SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE CONJUNCTIVA.
 ARCH OPHTHALMOL 93(2):119-22, FEB 75
- 109.- BERNARDINO V D, ET AL
 MALIGNANT MELANOMAS OF THE CONJUNCTIVA.
 AM J OPHTHALMOL 82(3):383-94, SEP 76

- 110.- KUSHNIR H, ET AL
 CONJUNCTIVAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA COMBINED WITH
 MALIGNANT LYMPHOMA.
 AM J OPHTHALMOL 80(3 PT.2):503-6, SEP.75
- 111.- LOMMATSCH P
 BETA-RAY TREATMENT OF MALIGNANT EPITHELIAL TUMORS
 OF THE CONJUNCTIVA.
 AM J OPHTHALMOL 81(2):198-206, FEB 76
- 112.- JUDGE D M, ET AL
 EPIDERMOID CARCINOMA OF THE BULBAR CONJUNCTIVA IN ETHIOPIA.
 CANCER 37(2):913-6 FEB 76
- 113.- BRÜNNER A, ET AL
 COURSE OF CONJUNCTIVAL MELANOCANCER, THERAPEUTIC MA-
 NAGEMENT. A PROPOS OF 2 CASES.
 BULL SOC OPHTALMOL FR 74(5-6):647-51, MAY-JUN 74
- 114.- FLAMENT J, ET AL
 ANATOMOCLINICAL COMPARISON OF SEVERAL TUMORS OF THE
 LIMBUS. BIOMICROSCOPIC ASPECTS OF 3 TUMORS OF THE LIMBUS.
 COMPARISON WITH THE RESULTS OF THE ANATOMOPATHOLOGICAL
 EXAMINATION, THE ONLY ONE PROVIDING A CERTAIN DIAGNOSIS.
 BULL SOC OPHTALMOL FR 74(11):1041-5, NOV 74
- 115.- MARTINOT M P
 PALPEBRO-CONJUNCTIVAL MELANIC TUMOR.
 BULL SOC OPHTALMOL FR 74(4):457-9, APR 74
- 116.- MATTHÄUS W, ET AL
 CRYOTHERAPY OF EYELID AND CONJUNCTIVAL TUMORS.
 OPHTHALMOLOGICA 173(1):53-62, 1976
- 117.- BUGORODZKI B, ET AL
 JUVENILE MELANOMA OF THE BULBAR CONJUNCTIVA.
 KLIN OCZNA 46(1):67-9, JAN 76

- 118.- BRISI A, ET AL
 PALPIGHIAN PAPILOMA OF LIMBUS WITH DYSPLASIA.
 ARCH OPHTHALMOL (PARIS) 35(6-7): PRECEDING P. 569,
 JUN-JUL 75.
- 119.- NICHOLSON D H, ET AL
 INTRAOCULAR EXTENSION OF SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF
 THE CONJUNCTIVA.
 ARCH OPHTHALMOL 95(5):843-6, MAY 77
- 120.- JAUKEGULI H O, ET AL
 PIGMENTED SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF CORNEA AND
 CONJUNCTIVA: A LIGHT-MICROSCOPIC, HISTOCHEMICAL AND
 ULTRASTRUCTURAL STUDY.
 CANCER 38(2):778-88, AUG 76
- 121.- RAJ N A, ET AL
 LUCOEPIDERYOID CARCINOMA OF THE CONJUNCTIVA: A CLINICO-
 PATHOLOGIC STUDY OF FIVE CASES.
 CANCER 38(4):1699-709, OCT 76
- 122.- NAPEL J A
 CONJUNCTIVAL MELANOMA, A RETROSPECTIVE STUDY.
 DOC OPHTHALMOL 42(2):321-8, 26 FEB 77
- 123.- SPINAK M, ET AL
 SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE CONJUNCTIVA. VALUE OF
 EXFOLIATIVE CYTOLOGY IN DIAGNOSIS.
 SURV OPHTHALMOL 21(4):351-5, JAN-FEB 77
- 124.- FERRY A P, ET AL
 IMMUNOTHERAPY WITH DINITROCHLOROBENZENE (DNCB) FOR
 RECURRENT SQUAMOUS CELL TUMOR OF THE CONJUNCTIVA.
 TRANS A. OPHTHALMOL SOC 74:154-71, 1977
- 125.- MATTIÄS L, ET AL
 RESULTS OF A 4 1/2 YEAR EXPERIENCE WITH CRYOTHERAPY
 FOR EYELID AND CONJUNCTIVAL NEOPLASMS.
 CZEK OPHTHALMOL 33(1):25-30 JAN 77

- 126.- DHEKAY P, ET AL
MUCOEPIDERMOID CARCINOMA OF THE LIMBUS.
BULL SOC OPHTHALMOL FR 76(9-10):795-5, SEP-OCT 76
- 127.- BABENKO G A, ET AL
EXPERIMENTAL STUDIES OF ORGANIC LEAD PREPARATION
(SPA) ACTION ON THE GROWTH OF BROWN-PEARCE CARCINOMA
IMPLANTED IN THE IRIS AND CONJUNCTIVA OF THE EYE GLOBE.
OFTALMOL ZH 32(1):45-9, 1977
- 128.- BIGGS S L, ET AL
ONCOCYTIC LESIONS OF THE CARUNCLE AND OTHER OCULAR
ADNEXA.
ARCH OPHTHALMOL 95(3):474-8, MAR 77
- 129.- ROTH A M
SOLITARY KERATOACANTHOMA OF THE CONJUNCTIVA.
AM J OPHTHALMOL 85(5 PT.1):647-50, MAY 78
- 130.- AWAN K J
INTRAEPITHELIAL EPITHELIOMA (BOWEN'S DISEASE) OF
CONJUNCTIVA AND CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKEMIA.
ANN OPHTHALMOL 10(6):781-3, JUN 78
- 131.- EWAMY H, ET AL
LIMBAL DERMOID WITH ECTOPIC BRAIN TISSUE. REPORT OF A
CASE AND REVIEW OF THE LITERATURE.
ARCH OPHTHALMOL 95(12):2201-2, DEC 77
- 132.- JAKOBIEC F A, ET AL
CONJUNCTIVAL ADNEXAL CYSTS AND DERMOIDS.
ARCH OPHTHALMOL 96(8):1404-9, AUG 78
- 133.- RUTGARD J, ET AL
CALMETTE-GUERIN BACILLUS TREATMENT OF EXPERIMENTAL
CONJUNCTIVAL MALIGNANT MELANOMA.
ARCH OPHTHALMOL 95(12):2214-7, DEC 77

- 134.- MORGAN G, ET AL
 LYMPHOCYTIC TUMOURS OF INDETERMINATE NATURE: A 5
 YEAR FOLLOW-UP OF 98 CONJUNCTIVAL AND ORBITAL LESIONS.
 BR J OPHTHALMOL 62(6):381-3, JUN 78
- 135.- LEE S C, ET AL
 SEBACEOUS CARCINOMA OF THE EYELID WITH PAGETOID INVOL-
 VEMENT OF THE BULBAR AND PALPEBRAL CONJUNCTIVA.
 J CUTAN PATHOL 4(3):134-45, AUG 77
- 136.- TRAVIS L W, ET AL
 MALIGNANT MELANOMA OF CONJUNCTIVA, METASTATIC TO PAROTID
 GLAND. REPORTS OF CASES AND DISCUSSION OF SURGICAL MANA-
 GEMENT.
 LARYNGOSCOPE 87(12):2000-7, DEC 77
- 137.- DUNDLES PC
 MELANOMA OF THE CONJUNCTIVA. PROCEEDINGS.
 OPHTHALMOLOGICA 175(1):29-30, 1977
- 138.- LOMMERTZSCH P K
 BETA IRRADIATION OF CONJUNCTIVAL MELANOMAS.
 TRANS OPHTHALMOL SOC UK 97(3):378-80, SEP 77
- 139.- KRZYWICZ L
 THE USE OF CRYOAPPLICATION IN TREATMENT OF EXTENSIVE
 RECURRENT CONJUNCTIVAL PAPILOMA.
 KLIN OCZNA 45(1):31-2, JAN 78
- 140.- HENKINS P, ET AL
 CONJUNCTIVAL MELANOCYTIC LESIONS. NATURAL HISTORY.
 TRANS OPHTHALMOL SOC UK 97(3):373-7, SEP 77
- 141.- JAKSIWENKO A N
 REVOTE RESULTS OF TRANSPLANTATION OF THE CORNEA AND
 CONJUNCTIVA IN EPIBULBAR NEOPLASMS.
 OPTALMOL ZH 32(8):621-2, 14 DEC 77

- 142.- KONISZEWSKI G, ET AL
ELECTRON-MICROSCOPIC FINDINGS IN BOWEN'S DISEASE OF
THE CONJUNCTIVA.
ALBRECHT VON GRAEFFES ARCH_KLIN OPHTHALMOL
204(3):177-87 25 NOV 77
- 143.- TINNING S
MALIGNANT MELANOMA OF THE CONJUNCTIVA AND THE IRIS
IN A CASE OF PRIMARY ACQUIRED MELANOSIS OF THE CONJUNC-
TIVA.
ACTA OPHTHALMOL (COPENH) 56(5):837-41, OCT 78
- 144.- LOMMATZSCH P K
BETA-RAY TREATMENT OF MALIGNANT EPIBULBAR MELANOMA.
ALBRECHT VON GRAEFFES ARCH_KLIN EXP OPHTHALMOL
204(2):111-24, 15 DEC 78
- 145.- SHIELDS J A
ACCURACY AND LIMITATIONS OF THE 32P TEST IN THE DIAG-
NOSIS OF OCULAR TUMORS: AN ANALYSIS OF 500 CASES.
OPHTHALMOLOGY (ROCHESTER) 85(9):950-66 SEP 78
- 146.- PINCEMIN D, ET AL
BENIGN CYSTIC NEVUS OF THE CONJUNCTIVA
(PARINAUD'S DERMEOEPITHELIOMA)
J FR OPHTHALMOL 1(6-7):472, JUN-JUL 78
- 147.- HADDAD R
MULTIPLE CONJUNCTIVAL MALIGNANT MELANOMAS.
KLIN MONATSBL AUGENHEILKD 174(4):635-8, APR 79
- 148.- CLEAR A S, ET AL
SOLAR KERATOSIS, PTERYGIUM AND SQUAMOUS CELL CARCI-
NOMA OF THE CONJUNCTIVA IN MALAWI
BR J OPHTHALMOL 63(2): 102-4, FEB 79
- 149.- ORTIZ J, ET AL
EPILAPPEBRAL CONJUNCTIVAL OSSEOUS CHORISTOMA.
BR J OPHTHALMOL 63(3):173-6, MAR 79

- 150.- LEMERCIER G, ET AL
 PINGUECULA AND PTERYGIUM: HISTOLOGIC AND ELECTRON
 MICROSCOPIC STUDY.
 VIRCHOWS ARCH (PATHOL. ANAT.) 373(4):321-33, 3 OCT 78
- 151.- STREMPER I
 PROBLEMS OF THE CUTANEOUS MALIGNANT MELANOMA,
 NEAR THE EYE.
 KLIN MONATSBL AUGENHEILKD 173(5):637-43 NOV 78
- 152.- VON JOHANNIS J
 MUCCOEPIDERMOID CARCINOMA OF THE CONJUNCTIVA.
 KLIN MONATSBL AUGENHEILKD 173(6):845-9, DEC 78
- 153.- JORDANO J, ET AL
 PRECANCEROUS AND CANCEROUS MELANOSIS OF OCULAR LOCALI-
 ZATION.
 REV CLIN ESP 152(2):117-21, 31 JAN 79
- 154.- ELKUN G, ET AL
 THE USE OF STRONTIUM 90 IN THE TREATMENT OF CARCINOMA
 IN SITU OF THE CONJUNCTIVA.
 AM J OPHTHALMOL 87(1):84-6, JAN 79
- 155.- BROWNSTEIN G, ET AL
 MALIGNANT MELANOMA OF THE CONJUNCTIVA AFTER 11 YEARS.
 CAN J OPHTHALMOL 14(2):142-6, APR 79
- 156.- PATIHA W, ET AL
 CHRONIC UNILATERAL CONJUNCTIVITIS: CONSIDER MALIGNANCY.
 J FAM PHYSICIAN 1950 JUL; 21(7):69-70
- 157.- STREIFEN B, W, ET AL
 INVERTED PAPILLOMA OF THE CONJUNCTIVA.
 AM J OPHTHALMOL 1979, DEC; 83(6):1062-6
- 158.- CHARLES N G, ET AL
 EPIBULBAR MALIGNANT MELANOMA IN A BLACK PATIENT.
 ARCH OPHTHALMOL 1979 FEB; 97(2):316-8

- 159.- DANOPoulos E D, ET AL
EFFECTS OF UREA TREATMENT IN MALIGNANCIES OF THE CONJUNCTIVA AND CORNEA.
OPHTHALMOLOGICA 1979; 178(4):198-203
- 160.- HANEVELD G T, ET AL
SWEAT GLAND TUMOR OF THE EYELID WITH CONJUNCTIVAL INVOLVEMENT.
OPHTHALMOLOGICA 1979(2):73-6
- 161.- SARAUX H, ET AL
MICROSURGERY OF LIMBAL AND CORNEAL TUMORS.
ANNEE THER CLIN OPHTALMOL 1978; 29:183-9
- 162.- STREMPPEL I, ET AL
CONJUNCTIVAL MYXOMAS.
KLIN MONATSBL AUGENHEILKD 1979 OCT; 175(4):544-7
- 163.- WEITERJ J, ET AL
THE CLINICAL AND MORPHOLOGIC CHARACTERISTICS OF KAPOSI'S SARCOMA OF THE CONJUNCTIVA.
AM J OPHTHALMOL 1980 APR; 89(4):546-52
- 164.- DHERMY P
UP-DATING THE CLASSIFICATION OF MALIGNANT CONJUNCTIVAL MELANOMAS.
BULL SOC OPHTHALMOL FR 1979 JUN-JUL; 79(6-7):529-32
- 165.- POULIQUEN Y, ET AL
A CASE OF PRECANCEROUS MALIGNANT MELANOSIS. A THERAPEUTIC PROBLEM.
BULL SOC OPHTHALMOL FR 1979 JUN-JUL; 79(6-7):533-6
- 166.- CHARLIN C
MALIGNANT MELANOMAS OF THE CONJUNCTIVA WITH RESPECT TO A CASE REPORT.
J FR OPHTALMOL 1980; 3(2):131

- 167.- GROVE A S JR
 MELANOMAS OF THE CONJUNCTIVA.
 INT OPHTHALMOL CLIN 1980 SUMMER ; 20(2):161-75
- 168.- JAKUBIEC F A
 CONJUNCTIVAL MELANOMA.
 ARCH OPHTHALMOL 1980 AUG; 98(8):1378-84
- 169.- LILSEGAARD T J, ET AL
 MAYO CLINIC EXPERIENCE WITH CONJUNCTIVAL MELANOMAS.
 ARCH OPHTHALMOL 1980 AUG; 98(8):1385-9
- 170.- LOPEZ CARDOZO P, ET AL
 EXFOLIATIVE CYTOLOGY IN THE DIAGNOSIS OF CONJUNCTIVAL
 TUMOURS.
 OPHTHALMOLOGICA 1981 ; 102(3):157-64
- 171.- DARK A J, ET AL
 PREINVASIVE CARCINOMA OF THE CORNEA AND CONJUNCTIVA.
 BR J OPHTHALMOL 1980 JUL; 64(7):506-14
- 172.- CRAWFORD J B
 CONJUNCTIVAL MELANOMAS: PROGNOSTIC FACTORS, A REVIEW,
 AND ANALYSIS OF A SERIES.
 TRANS AM OPHTHALMOL SOC 1980; 78:467-502
- 173.- SANDERSON T L, ET AL
 CYTOLOGIC EVALUATION OF OCULAR LESIONS
 ACTA CYTOL (BALTIMORE) 1980 SEP-OCT; 24(5):391-400
- 174.- NICOLITZ E
 KAPOSI'S SARCOMA OF THE CONJUNCTIVA.
 ANN OPHTHALMOL 1981 FEB ; 13(2):205-7
- 175.- RODRIGUEZ-SALAS R S
 OPHTHALMIC ONCOLOGY. COMMON CONJUNCTIVAL NEOPLASMS.
 J DERMATOL SURG ONCOL 1981 MAR; 7(3):195-9

- 176.- FERKY A P
 GRANULAR CELL TUMOR(MYOBLASTOMA) OF THE PALPEBRAL CON-
 JUNCTIVA CAUSING PSEUDOEPIHELIMATOUS HYPERPLASIA OF
 THE CONJUNCTIVAL EPITHELIUM.
 AM J OPHTHALMOL 1981 FEB; 91(2):234-8
- 177.- BERKARDINO V B JR
 CONJUNCTIVAL MELANOMA.
 ARCH OPHTHALMOL 1981 MAR; 99(3):512-3
- 178.- COHEN B H,ET AL
 SPINDLE CELL CARCINOMA OF THE CONJUNCTIVA.
 ARCH OPHTHALMOL 1980 OCT; 98(10):1809-13
- 179.- JAKOBIEC F A
 CONJUNCTIVAL MELANOMA.
 ARCH OPHTHALMOL 1981 MAR; 99(3):513-6
- 180.- GRÜNTZIG J
 ECTOPIC LACRIMAL GLAND UNDER THE BULBAR CONJUNCTIVA.
 KLIN MONATSBL AUGENHEILKD 1980 MAR; 176(3):450-2
- 181.- LI W W,ET AL
 INTRACONAR INVASION BY PAPILLARY SQUAMOUS CELL CAR-
 CINOMA OF THE CONJUNCTIVA.
 AM J OPHTHALMOL 1980 NOV; 90(5):697-701
- 182.- FRAUNFELDER F T,ET AL
 THERAPY OF INTRAEPITHELIAL AND SQUAMOUS CELL CARCINO-
 MA OF THE LIMBUS.
 TRANS AM OPHTHALMOL SOC 1980; 78:290-300
- 183.- PAYEUR G,ET AL
 THREE CASES OF CONJUNCTIVAL EPITHELIOMA.
 BULL SOC OPHTALMOL FR 1979 AUG-SEP ;79(8-9):689-92

- 184.- BROVSKINA A F, ET AL
TREATMENT OF TUMORS OF THE EYELIDS AND CONJUNCTIVA
WITH LOW TEMPERATURES.
VESTN OFTALMOL 1953 NOV-DEC; (6):23-6
- 185.- DEWICK J J, ET AL
CONJUNCTIVAL KAPOSZ'S SARCOMA IN A PATIENT WITH
MYASTHENIA GRAVIS.
ARCH OPHTHALMOL 1951 SEP; 42(9): 1607-9
- 186.- SCHWITZ H
MELANOTIC EYELID AND CONJUNCTIVAL TUMORS.
MD KLIN 1951 AUG 28; 76(18):495-7
- 187.- KOCH P S, ET AL
CONJUNCTIVAL DYSPLASIA AND SQUAMOUS CELL CARCINOMA.
J DERMATOL SURG ONCOL 1951 AUG; 7(8):602-5
- 188.- ZAIDI N, ET AL
PRIMARY CONJUNCTIVAL TUMORS.
INDIAN J OPHTHALMOL 1951 JAN; 28(4):171-8
- 189.- MOKAX S, ET AL
ANATOMOCLINICAL DOCUMENT PRODUCED WITH THE ASSISTANCE OF
THE CHLORET LABORATORY: EPIBULBAR OSTEOMA AND CON-
JUNCTIVAL DERMOLIPOMA.
J FR OPHTALMOL 1951 4(4):323-4
- 190.- BRUNSTEIN S
LUCIFEROPHORED CARCINOMA OF THE CONJUNCTIVA WITH
INTROOCULAR INVASION.
OPHTHALMOLOGY (ROCHESTER) 1981 DEC; 88(12): 1226-30
- 191.- UNDERMY I, ET AL
MALIGNANT LYMPHOPLASMOCYTIC LYMPHOMA OF THE ORBIT AND
CONJUNCTIVA.
J FR OPHTALMOL 1951; 4(8-9):553-63

- 192.- PETRELLI R, ET AL
 DINITROCHLOROBENZENE IMMUNOTHERAPY OF RECURRENT SQUAMOUS PAPILLOMA OF THE CONJUNCTIVA.
 OPHTHALMOLOGY (ROCHESTER) 1981 DEC ; 88(12):1221-5
- 193.- IWAMOTO T, ET AL
 FIBROUS HISTIOCYTOMA OF THE CORNEOSCLERALLIMBUS: THE ULTRASTRUCTURE OF A DISTINCTIVE INCLUSION.
 OPHTHALMOLOGY (ROCHESTER) 1981 DEC ; 88(12):1260-8
- 194.- PARKASH S
 THE USE OF PREPUTIAL SKIN TO REPLACE CONJUNCTIVA AND TO CORRECT ECTROPION.
 BR J PLAST SURG 1982 APR ; 35(2):206-8
- 195.- SEDDON J M, ET AL
 SOLITARY EXTRAMEDULLARY PLASMOCYTOMA OF THE PALPEBRAL CONJUNCTIVA.
 BR J OPHTHALMOLOGY 1982 JUL ; 66(7):450-4
- 196.- STREMPER I
 METASTATIC CONJUNCTIVAL TUMOR ORIGINATING IN A PRIMARY CUTANEOUS MALIGNANT MELANOMA.
 OPHTHALMOLOGICA 1982 ; 185(1):52-7
- 197.- JAKOBIEC F A, ET AL
 THE ROLE OF CRYOTHERAPY IN THE MANAGEMENT OF CONJUNCTIVAL MELANOMA.
 OPHTHALMOLOGY (ROCHESTER) 1982 MAY ; 89(5):502-15
- 198.- HATE C, ET AL
 MALIGNANT MELANOMA OF THE CONJUNCTIVA AND EYELIDS: ANALYSIS OF PROGNOSIS IN 56 CASES.
 J FR OPHTHALMOL 1982 ; 5(3):159-66.
- 199.- KALINSKE M, ET AL
 KAPOSI'S SARCOMA INVOLVING EYELID AND CONJUNCTIVA.
 ANN OPHTHALMOL 1982 MAY ; 14(5):497-9

- 200.- MC GHEE C N, ET AL
 CONJUNCTIVAL MELANOMA.
 INT OPHTHALMOL CLIN 1982 FALL; 22(3):35-56
- 201.- BELLESI G, ET AL
 PRIMARY CONJUNCTIVAL LYMPHOMA: RESPONSE TO CHEMOTHERAPY
 IN 4 CASES.
 ACTA HAEMATOL (BASEL) 1982 ; 68(2): 161-2
- 202.- TAKAHASHI T
 BOWEN'S DISEASE AT THE LIMBUS.
 ACTA OPHTHALMOL (COPENH) 1982 FEB; 60(1):147-55
- 203.- LEIBSON J, ET AL
 FULL-THICKNESS EYELID BIOPSY FOR PRESUMED CARCINOMA IN
 SITU OF THE PALPEBRAL CONJUNCTIVA.
 OPHTHALMIC SURG 1982 OCT ; 13(10):340-2
- 204.- SCHACHAT A, ET AL
 CARBON DIOXIDE LASER THERAPY OF RECURRENT SQUAMOUS
 PAPILLOMA OF THE CONJUNCTIVA.
 OPHTHALMIC SURG 1982 NOV; 13(11):916-8
- 205.- LASSO H, ET AL
 PAPILLOMAVIRUS IN HUMAN CONJUNCTIVAL PAPILLOMAS.
 AM J OPHTHALMOL 1983 MAR; 95(3):364-8
- 206.- FRÄUNFELDER F T, ET AL
 MANAGEMENT OF INTRAEPITHELIAL CONJUNCTIVAL TUMORS
 AND SQUAMOUS CELL CARCINOMAS.
 AM J OPHTHALMOL 1983 MAR; 95(3):359-63
- 207.- PINKLAT J, ET AL
 REISE'S CONJUNCTIVAL MELANOSIS; TWO ANATOMOCLINICAL
 OBSERVATIONS WITH ULTRASTRUCTURAL STUDY IN ONE CASE.
 J FR OPHTHALMOL 1982 ; 5(12):805-11

- 208.- DIVINE K D, ET AL
NITROUS OXIDE CRYOTHERAPY FOR INTRAEPITHELIAL EPITHE-
LIOMA OF THE CONJUNCTIVA.
ARCH OPHTHALMOL 1983 MAY ;101(5):782-6
- 209.- MATSUO M, ET AL
CASE OF SARCOIDOSIS WITH UNCOMMON TUMOROUS MASS
FORMATION IN BULBAR CONJUNCTIVA.
JPN J OPHTHALMOL 1983; 27(1):27-34
- 210.- JAKOBIEC F A, ET AL
CRYOTHERAPY FOR INTRAEPITHELIAL CONJUNCTIVAL MELANO-
CYTIC PROLIFERATIONS. ULTRASTRUCTURAL EFFECTS.
ARCH OPHTHALMOL 1983 JUN ;101(6):904-12
- 211.- ADEFULE A O, ET AL
SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE LIMBAL CONJUNCTIVA
WITH CORNEAL INVOLVEMENT AND FACIAL MELANOSIS IN A
NIGERIAN WOMAN.
AM J OPHTHALMOL 1983 JUL; 96(1):106-7
- 212.- WITSCHER H, ET AL
ALLERGIC GRANULOMA OF THE CONJUNCTIVA.
KLIN MONATSBL AUGENHEILK 1983 JUL; 183(1):37-9
- 213.- PATRINELY J R, ET AL
CONJUNCTIVAL MYXOMA. A CLINICO-PATHOLOGICAL STUDY OF
FOUR CASES AND A REVIEW OF THE LITERATURE.
ARCH OPHTHALMOL 1983 SEP; 101(9):1416-20
- 214.- DURAN J A, ET AL
CYST OF ACCESORY LACRIMAL GLAND.
BR J OPHTHALMOL 1983 JUL; 67(7):485-6
- 215.- PROIA A D, ET AL
ACTINIC GRANULOMA OF THE CONJUNCTIVA.
AM J OPHTHALMOL 1983 JUL; 96(1):116-8

- 216.- WRIGHT P, ET AL
THE MASQUERADE SYNDROME.
TRANS OPHTHALMOL SOC UK 1981; 101 (PT 2):244-50
- 217.- RIEDEL K, ET AL
CHOCOCYTOMA OF THE OCULAR ADNEXA.
KLIN MONATSBL AUGENHEILKD JUN 1983; 182(6):544-8
- 218.- RODRIGUEZ-SAINS R S
ARE CONCURRENT OR SUBSEQUENT MALIGNANT MELANOMAS IN THE
SKIN AND EYE RELATED OR COINCIDENTAL?
J DERMATOL SURG ONCOL NOV 1980, 6(11):915-8
- 219.- SCHUMANN G B, ET AL
EYE CYTOLOGY.
AM FAM PHYSICIAN/DEC 1980, 22(6):120-4
- 220.- FANTA H
EPIBULBAR TUMORS.
KLIN MONATSBL AUGENHEILKD MAR 1979 174(3):411-20
- 221.- ANDERSEN S N, ET AL
DEGENERATIVE APPARENT ANOPHTHALMIA WITH COMPLEX
CHORISTOMA OF ORBIT. A CLINICOPATHOLOGICAL CASE REPORT.
OPHTHALMOLOGICA 1979, 178(6):321-6
- 222.- MATTEO J, ET AL
RING DERMOID SYNDROME. A NEW SYNDROME OF AUTOSOMAL
DOMINANTLY INHERITED, BILATERAL, ANNULAR LIMBAL DERMoids
WITH CORNEAL AND CONJUNCTIVAL EXTENSION.
ARCH OPHTHALMOL JUN 1980, 98(6):1059-61
- 223.- CHAK D H
THE MANAGEMENT OF LID AND CONJUNCTIVAL MALIGNANCIES.
SURV OPHTHALMOL MAY-JUN 1980, 24(6):673-89
- 224.- BELINDEK H, ET AL
PAPANICOLAOU CYTOLOGY IN THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT
OF EXTERNAL OCULAR TUMORS.
ARCH OPHTHALMOL MAY 1980, 98(5):609-12

- 225.- ADENIS J P, ET AL
 MELANOCYOMA OF THE IRIS AND CILIARY BODY AND MULTIPLE PIGMENTED TUMORS. ULTRASTRUCTURAL STUDY.
 J FR OPHTHALMOL 1983 6(3):257-65
- 226.- NI C, ET AL
 EPIBULBAR CARCINOMA.
 INT OPHTHALMOL CLIN FALL 1982 ,22(3):1-33
- 227.- KORB DR, ET AL
 BIOMICROSCOPY OF PAPILLAE ASSOCIATED WITH HARD CONTACT LENS WEARING.
 OPHTHALMOLOGY (ROCHESTER) NOV 1981, 88(11):1132-6
- 228.- CAMERON M E
 SPONTANEOUS CYCLICAL PIGMENTARY CHANGES IN A CONJUNCTIVAL NAEVUS.
 BR J OPHTHALMOL FEB 1982, 66(2):115-7
- 229.- MILLER B, ET AL
 OCULAR MALIGNANT MELANOMA IN SOUTH AFRICAN BLACKS.
 BR J OPHTHALMOL OCT 1981, 65(10):720-2
- 230.- KNOBLER R, ET AL
 OCULODERMAL MELANOCYTOSIS -NEVUS OF OTA- AND BLUE NEVUS.
 WIEN KLIN WOCHENSCHR SEP 4 1981, 93(16):508-11
- 231.- GOMBOS G M, ET AL
 UNILATERAL CONJUNCTIVAL INFLAMMATION RESEMBLING A NEOPLASM.
 ANN OPHTHALMOL SEP 1979, 11(9):1339-42
- 232.- SEALY R, ET AL
 PROGRESS IN THE USE OF IODINE THERAPY FOR TUMOURS OF THE EYE.
 BR J RADIOLOG NOV 1980, 53 (635):1052-60

- 241.- JAKOBIEC F A ET AL
 COMBINED SURGERY AND CRYOTHERAPY FOR DIFFUSE MALIGNANT
 MELANOMA OF THE CONJUNCTIVA.
 ARCH OPHTHALMOL AUG 1980, 90(8):1390-6
- 242.- DIXON R S ET AL
 LRYTHROPLASIA (QUEYHAT) OF CONJUNCTIVA.
 J AM ACAD DERMATOL FEB 1981, 4(2):160-5
- 243.- VIT V V ET AL
 CLINICAL ASPECTS AND MORPHOLOGY OF ORBITAL AND
 CONJUNCTIVAL LYMPHOID TUMORS.
 OPHTALMOL ZH 1980, 35(2):94-7
- 244.- WILLSHAW H E ET AL
 AZELAIC ACID IN THE TREATMENT OF OCULAR AND ADNEAL
 MALIGNANT MELANOMA.
 BH J OPHTHALMOL JAN-1983, 67(1):54-7
- 245.- ZIMMERMAN L E
 MELANOCYTIC TUMORS OF INTEREST TO THE OPHTHALMOLOGIST.
 OPHTHALMOLOGY (ROCHESTER) JUN 1980, 87(6):497-502
- 246.- BROWNSTEIN S ET AL
 MASQUERADE SYNDROME.
 OPHTHALMOLOGY (ROCHESTER). MAR-80, 87(3):259-62
- 247.- HANMER A M ET AL
 MULTICENTRIC KAPUSI'S SARCOMA OF THE CONJUNCTIVA IN A
 MALE HOMOSEXUAL WITH THE ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY
 SYNDROME.
 OPHTHALMOLOGY AUG 1983, 90(8):879-884
- 248.- UNLIZEN N G ET AL
 EPIBULBAR OSSEOUS CHORISTOMA.
 J PEDIATR OPHTHALMOL STRABISMUS. 1983 NOV-DEC 20(6):247-9

- 249.- BURNS R F, ET AL
 DINITROCHLOROBENZENE AND DEBULKING THERAPY OF
 CONJUNCTIVAL PAPILLOMA.
 J PEDIATR OPHTHALMOL STRABISMUS 1983 NOV-DEC;20(6):221-6
- 250.- UENO H, ET AL
 LIGHT AND ELECTRON MICROSCOPIC STUDIES OF MALIGNANT
 MELANOMA OF CONJUNCTIVA AND PALPEBRA.
 JPN J OPHTHALMOL 1983 ;27(3):459-67
- 251.- OOSTERHUIS J A, ET AL
 LOCAL METASTASIS IN CONJUNCTIVAL MELANOMA.
 DOC OPHTHALMOL 1983 DEC 15;50(1-2):55-9
- 252.- DE WOLFF/ROUENDAAL D, ET AL
 CONJUNCTIVAL MELANOMAS IN THE NETHERLANDS: A FOLLOW-UP
 STUDY.
 DOC OPHTHALMOL 1983 DEC 15; 56(1-2):49-54
- 253.- WDELL I J, ET AL
 SUBCONJUNCTIVAL LYMPHOMA: A REVIEW OF SIX SUSPECTED
 CASES AND THE USE OF IMMUNOLOGIC SURFACE MARKERS.
 ANN OPHTHALMOL 1981 APR; 13(4):471-5
- 254.- LASS J H, ET AL
 DETECTION OF HUMAN PAPILLOMA-VIRUS DNA SEQUENCES IN
 CONJUNCTIVAL PAPILLOMA.
 AM J OPHTHALMOL 1983 NOV; 96(5):670-4
- 55.- DUKE-ELDER STEWART SIR.
 SYSTEM OF OPHTHALMOLOGY
 VOL. 1 Y 8; 1958 IIA ED. HENRY KIMPTON
- 256.- KLEDE ALGERNON D.
 TUMORS OF THE EYE.
 II ED. 1963, HARPER & ROW/HOEBER

- 257.- YANOFF W, FINE B S
OCULAR PATHOLOGY.
IIA. ED. 1982 HARPER & ROW
- 258.- WOLFF E, WARWICK R
ANATOMY OF THE EYE AND ORBIT.
VII ED. 1976 W.B. SAUNDERS CO.
- 259.- HOGAN M J, ALVARADO J A, MEDDELL J A
HISTOLOGY OF THE HUMAN EYE.
IA. ED. 1976 W.B. SAUNDERS CO.

----- O -----

INDICE DE MATERIAS.-

-DATO- ////////////////////////////////////////////////////////////////////	- PÁGINA-
HISTORIA.....	1
CLASIFICACIÓN DE NEOPLASIAS CONJUNTIVALES.....	4
QUISTES CONJUNTIVALES	
CONGÉNITOS: QUISTE EPIDERMÓIDE.....	5
QUISTE DERMÓIDE.....	"
TERATOMA, GLÁNDULA LAGRIMAL ECTÓ-	
PICA.....	6
DERMOLIPOMA.....	7
QUISTES EPITELIALES.....	"
DISQUERATOSIS INTRAEPITELIAL HEREDITARIA BENIGNA	8
HIPERPLASIA PSEUDOEPI TELIOMATOSA.....	9
QUERATOACANTOMA.....	"
QUERATOSIS BENIGNA.....	10
PAPILOMA.....	"
CISTADENOMA EOSINÓFILO(ONCOCITOMA),	
XERODERMA PIGMENTOSA.....	11
LEUCOPLAQUIA, QUERATOSIS ACTÍNICA.....	12
DISPLASIA.....	13
CA EPIDERMÓIDE INTRAEPITELIAL(EPITELIOMA).....	13
CA BASOCELULAR, CA MUCOEPIDERMÓIDE, TUMORES	
ESTROMALES(ANGIOMAS).....	15
HEMANGIOMA, FACOMATOSIS.....	16
PSEUDOTUMOR.....	17
HIPERPLASIA LINFÓIDE, LINFOVA, LEUCEMIA.....	18
NEVOXANTOENDOTELIOMA.....	"

INDICE DE MATERIAS...

DATO...	PÁGINA...
NEUROMA DE AMPUTACIÓN;SCHWANNOMA(NEURILEMOMA).....	18
TUMORES FIBROSOS,RABDOMIOSARCOMA).....	"
NEVOS.....	19,22
ÉFELIS(PECAS).....	20
LÉNTIGO.....	22
NEVO DE UNIÓN.....	"
NEVO SUBEPITELIAL.....	23
NEVO COMPUESTO.....	"
NEVO AZUL.....	24
MELANOCITOSIS CONGÉNITA.....	"
NEVO DE OTA(MELANOCITOSIS OCULODÉRMICA CONGÉNITA.....	25
MELANOSIS ADQUIRIDA PRIMARIA.....	"
CLASIFICACIÓN DE MELANOSIS(ZIMMERMAN).....	26
MELANOMA MALIGNO.....	27-36
ANATOMIA CONJUNTIVAL:	
CONJUNTIVA TARSAL.....	37
FONDO DE SACO.....	39
CONJUNTIVA BULBAR.....	41
ESTRUCTURA DE LA CONJUNTIVA;ARTERIAS.....	42
VENAS CONJUNTIVALES.....	44
LINFÁTICOS,NERVIOS,TERMINACIONES LIBRES.....	45
BULBO TERMINAL DE KRAUSE;CARDÚNCULA.....	46
PLIEGUE SEMILUNAR.....	47
HISTOLOGÍA CONJUNTIVAL,EPIHELIO.....	48
ESTROMA CONJUNTIVAL.....	51
(FIBROBLASTOS,MACRÓFAGOS).....	"

INDICE DE MATERIAS...

CÉLULAS CEBADAS, LEUCOCITOS.....	52
CÉLULAS PLASMÁTICAS.....	53
RESUMEN (INVESTIGACIÓN CLÍNICO-BIBLIOGRÁFICA).....	54
SUJETOS Y MÉTODOS.....	55
REPORTE DE CASOS (VER ÍNDICE ESPECIAL ADELANTE).....	57
RESULTADOS (ANÁLISIS ESTADÍSTICO).....	157-183
DISCUSIÓN (CLÍNICO-BIBLIOGRÁFICA).....	185-191
CONCLUSIONES.....	192
APÉNDICE..... (ABREVIATURAS).....	193-196
BIBLIOGRAFÍA.....	197-223
INDICES.....	229 EN ADELANTE...

----- 0 -----

INDICE DE CASOS

PÁGINA

CASO # 1.....	57
CASO # 2	58
CASO # 3	60
CASO # 4	61
CASO# 5	62
CASO # 6	63
CASO # 7	65
CASO # 8	67
CASO # 9	68
CASO # 10	71
CASO # 11	72
CASO # 12	74
CASO # 13	76
CASO # 14	78
CASO # 15	79
CASO # 16	82
CASO # 17	85
CASO # 18	86
CASO # 19	87
CASO # 20	88
CASO # 21	89
CASO # 22	90
CASO # 23	94
CASO # 24	95
CASO # 25	96
CASO # 26	97

INDICE DE CASOS...	PÁGINA...
CASO # 27	98
CASO # 28	99
CASO # 29	100
CASO # 30	102
CASO # 31	103
CASO # 32	104
CASO # 33	105
CASO # 34	107
CASO # 35	108
CASO # 36	109
CASO # 37	110
CASO # 38	112
CASO # 39	114
CASO # 40	116
CASO # 41	117
CASO # 42	118
CASO # 43	"
CASO # 44	119
CASO # 45	120
CASO # 46	122
CASO # 47	123
CASO # 48	124
CASO # 49	126
CASO # 50	127
CASO # 51	129
CASO # 52	131
CASO # 53	133
CASO # 54	134
CASO # 55	135

INDICE DE CASOS...	PÁGINA...
CASO # 56	136
CASO # 57	137
CASO # 58	139
CASO # 59	140
CASO # 60	141
CASO # 61	142
CASO # 62	143
CASO # 63	144
CASO # 64	145
CASO # 65	146
CASO # 66	148
CASO # 67	149
CASO # 68	150
CASO # 69	152
CASO # 70	154
CASO # 71	155

----- 0 -----

INDICE DE TABLAS

DESCRIPCIÓN...	PÁGINA...
TABLA 1: COMPARACIÓN DE NEVOS CONJUNTIVALES, MELANOCITOSIS OCULAR CONGÉNITA, Y MELANOSIS PRIMARIA ADQUIRIDA.....	21
TABLA 2: TIPO DE NEOPLASIAS ENCONTRADAS, NÚMERO DE CASOS Y PORCENTAJES.....	157
TABLA 3: DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y BENIGNIDAD/MALIGNIDAD.....	159
TABLA 4: PIRÁMIDE DE POBLACIÓN.....	159
TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE NEOPLASIAS MALIGNAS SEGÚN LA EDAD.....	161
TABLA 6: DISTRIBUCIÓN SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA DE ORIGEN.....	163
TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LUGAR ACTUAL DE RESIDENCIA.....	165
TABLA 8: INCIDENCIAS DE CASOS CON ANTECEDENTES HEREDOONCOLÓGICOS.....	165
TABLA 9: DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL SOCIO- ECONÓMICO.....	167
TABLA 10: DISTRIBUCIÓN DE AGUDEZAS VISUALES OJOS DE NEGROS.....	169

TABLA 11: DISTRIBUCIÓN DE AGUDEZAS VISUALES OJOS IZQUIERDOS.....	171
------------------------------------------------------------------------	-----

TABLA 12: DISTRIBUCIÓN TOPOGRÁFICA DE NEOPLASIAS CONJUNTIVALES.....	173
---------------------------------------------------------------------------	-----

TABLA 13: DISTRIBUCIÓN DE LESIONES QUE AFECTABAN MÁS DE UN CUADRANTE.....	173
---------------------------------------------------------------------------------	-----

TABLA 14: DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL TAMAÑO DE LA LESIÓN.....	175
---------------------------------------------------------------------	-----

TABLA 15: DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A MERIDIANOS AFECTADOS.....	177
---------------------------------------------------------------------	-----

----- 0 -----

INDICE DE GRAFICAS:

GRAFICA 1(TABLA 2).....	158
GRAFICA 2(TABLA 3).....	160
GRAFICA 3(TABLA 4).....	162
GRAFICA 4(TABLA 5).....	164
GRAFICA 5(TABLA 6).....	166
GRAFICA 6(TABLA 7).....	168
GRAFICA 7(TABLA 8).....	170
GRAFICA 8(TABLA 9).....	172
GRAFICA 9(TABLA 10).....	174
GRAFICA 10(TABLA 11)	176
GRAFICA 11(TABLA 12)	178

ÍNDICE DE GRÁFICAS...	PÁGINA...
GRAFICA 12(TABLA 13)	180
GRAFICA 13(TABLA 14)	182
GRAFICA 14(TABLA 15).....	184

----- 0 -----

INDICE DE ESQUEMAS

ESQUEMA 1: CORTE SAGITAL DEL OJO PARA DEMOSTRAR LOS FONDOS DE SACO SUPERIOR E INFERIOR DE LA CONJUNTIVA.....	38
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

ESQUEMA 2: CORTE HORIZONTAL DEL OJO PARA DEMOSTRAR LOS FONDOS DE SACO INTERNO Y EXTERNO DE LA CONJUNTIVA.....	38
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

ESQUEMA 3: PUNTOS DE REFERENCIA EXTERNOS DEL OJO.....	40
----------------------------------------------------------	----

ESQUEMA 4: CORTE SAGITAL DEL OJO QUE MUESTRA LA TRANSICIÓN DEL EPITELIO CORNEAL EN EPITELIO CONJUNTIVAL BULBAR.....	49
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

----- 0 -----

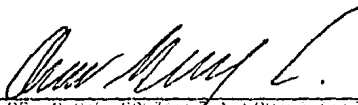
INDICE DE FOTOGRAFÍAS CLÍNICAS(TOMADAS CON LÁMPARA DE
HENDIDURA ZEISS Y PELÍCULA
EKTACHROME)

CASO # 2	59
CASO # 6	64
CASO # 7	66
CASO # 9	70
CASO # 11	73
CASO # 11	75

INDICE DE FOTOGRAFÍAS CLÍNICAS...	PÁGINA...
CASO # 15	81
MELANOMA CONJUNTIVAL(EJEMPLO)	83
CASO # 22	91
CASO # 22	93
QUISTE DERMOIDE LÍMBICO(EJEMPLO).....	111
QUISTE DERMOIDE LÍMBICO, EJEMPLO(AMPLIACIÓN DE LA DE LA PÁG. 111).....	113
QUISTE EPIDERMOIDE LÍMBICO	115
(EJEMPLO)	
MELANOMA CONJUNTIVAL(EJEMPLO).....	121
QUISTE EPIDERMOIDE CONJUNTIVAL TARSAL SUPERIOR BORDE LIBRE.....	130
(EJEMPLO)	
HEMANGIOMA CAVERNOSO CONJUNTIVAL TARSAL SUPERIOR (EJEMPLO).....	132
CASO # 50	128
CASO # 69	153
(TOMADA CON CÁMARA DE 35 MM;CLÍNICA,DE FRENTE) AMBOS OJOS.....	

//////////////////// 0-0-0-0 //////////////////////

ATENTAMENTE,


 DR. OSCAR GONZALEZ-ARECHAGA CASTANOS

MEXICO,D.F.,

A QUINCE DE ENERO DE MIL NOVECIENTOS
 OCHENTA Y CINCO.