



11234  
203

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE MEDICINA  
HOSPITAL DE OFTALMOLOGIA DEL C.M.N. I.M.S.S.**

**VALOR DE LA CITOLOGIA EN EL DIAGNOSTICO  
DE TUMORES CONJUNTIVALES**

**TESIS DE POSGRADO**

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN

O F T A L M O L O G I A

P R E S E N T A :

DR. JUAN CARLOS BRAVO ORTIZ

México, D. F.

1986

**FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **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.

11234  
Pag 3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE MEDICINA  
HOSPITAL DE OFTALMOLOGIA DEL C.M.N. I.M.S.S.

VALOR DE LA CITOLOGIA EN EL DIAGNOSTICO  
DE TUMORES CONJUNTIVALES

**TESIS DE POSGRADO**

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN  
O F T A L M O L O G I A  
P R E S E N T A ;  
DR. JUAN CARLOS BRAVO ORTIZ

México, D. F.

1 9 8 6

FALLA DE ORIGEN

## INDICE

	Pág.
Introducción.....	1
Propósito de la Investigación.....	3
Planteamiento del Problema.....	4
Método.....	5
Revisión del Tema.....	7
Ficha de Recopilación de Datos .....	15
Tablas y Gráficas de los datos Recolectados ..	17
Análisis de los Resultados.....	25
Conclusiones.....	27
Bibliografía.....	29

## INDICE

	Pág.
Introducción.....	1
Propósito de la Investigación.....	3
Planteamiento del Problema.....	4
Método.....	5
Revisión del Tema.....	7
Ficha de Recopilación de Datos .....	15
Tablas y Gráficas de los datos Recolectados ..	17
Análisis de los Resultados.....	25
Conclusiones.....	27
Bibliografía.....	29

## INTRODUCCION

Los tumores conjuntivales son relativamente faciles de identificar ya sea por el interrogatorio o bien la exploración oftalmológica, sin embargo no es facil establecer un diagnóstico preciso analizando únicamente sus características clínicas.

Ya desde principios de siglo y durante toda la primera mitad de este se ha mencionado la utilidad de la citología conjuntival como auxiliar diagnóstico en padecimientos conjuntivales(6).

Es a partir de la segunda mitad de este siglo en que estos estudios sobre la citología conjuntival se pueden realizar con un mayor fundamento científico y con mejores elementos diagnósticos debido al desarrollo tecnológico y del conocimiento.

Tomando en cuenta el tejido de naturaleza mucosa de la conjuntiva, diversos autores han preconizado el estudio de las células de exfoliación conjuntival, como método auxiliar diagnóstico. Sin embargo hasta el momento actual no existe un consenso general en que se use este en forma rutinaria como auxiliar en el manejo de los padecimientos conjuntivales. Herbert en 1903 lo menciona como un elemento útil en el diagnóstico de conjuntivitis primaveral, posteriormente Thygeson (6), y Wilson (5), en diversos estudios realizados en múltiples pacientes lo mencionan como un método útil en el diagnóstico de procesos inflamatorios de la conjuntiva.

En lo referente a la utilización de la citología conjuntival como método útil en el caso de tumores conjuntivales, han existido opiniones contradictorias reportadas en la literatura mundial, nuevamente Wilson (5) hace referencia a su utilización en caso de procesos inflamatorios, sin tener utilidad en caso de tumoraciones conjuntivales, Sexton y Crawford (5) reportan la utilidad de

## INTRODUCCION

Los tumores conjuntivales son relativamente faciles de identificar ya sea por el interrogatorio o bien la exploración oftalmológica, sin embargo no es facil establecer un diagnóstico preciso analizando únicamente sus características clínicas.

Ya desde principios de siglo y durante toda la primera mitad de este se ha mencionado la utilidad de la citología conjuntival como auxiliar diagnóstico en padecimientos conjuntivales(6).

Es a partir de la segunda mitad de este siglo en que estos estudios sobre la citología conjuntival se pueden realizar con un mayor fundamento científico y con mejores elementos diagnósticos debido al desarrollo tecnológico y del conocimiento.

Tomando en cuenta el tejido de naturaleza mucosa de la conjuntiva, diversos autores han preconizado el estudio de las células de exfoliación conjuntival, como método auxiliar diagnóstico. Sin embargo hasta el momento actual no existe un consenso general en que se use este en forma rutinaria como auxiliar en el manejo de los padecimientos conjuntivales. Herbert en 1903 lo menciona como un elemento útil en el diagnóstico de conjuntivitis primaveral, posteriormente Thygeson (6), y Wilson (5), en diversos estudios realizados en múltiples pacientes lo mencionan como un método útil en el diagnóstico de procesos inflamatorios de la conjuntiva.

En lo referente a la utilización de la citología conjuntival como método útil en el caso de tumores conjuntivales, han existido opiniones contradictorias reportadas en la literatura mundial, nuevamente Wilson (5) hace referencia a su utilización en caso de procesos inflamatorios, sin tener utilidad en caso de tumoraciones conjuntivales, Sexton y Crawford (5) reportan la utilidad de

la biopsia conjuntival como método diagnóstico y no así la citología conjuntival.

Sin embargo otros autores como Palma(18), en 1981 reporta un caso de correlación cito-histopatologica y algunos otros autores como Spinak(12), Naib(8,9), reportan algunos casos aislados sin sobrepasar de 10 en que apoyan el estudio de la citología conjuntival como auxiliar en el manejo de tumoraciones conjuntivales, Sanderson (26), reporta 24 casos en los cuales se corrobora la utilidad del estudio citológico conjuntival como auxiliar, Gelender(27) reporta la fidedignidad en 38 de 41 pacientes de el estudio de Papanicolau para identificar lesiones celulares en los tumores sospechosos de malignidad de la conjuntiva. Asi otros autores(13,21) tambien apoyan este estudio como un elemento de ayuda en casos de una lesión a nivel conjuntival. Es por esto que teniendo en cuenta de que en nuestro medio es una patología a la que nos enfrentamos y teniendo elementos para evaluar este estudio se realizó la determinacion de la utilidad de la citología conjuntival como un elemento diagnóstico en caso de tumoración conjuntival.

## PROPOSITO DE LA INVESTIGACION

Los objetivos de este trabajo son:

- 1.- Tener un conocimiento mayor de las tumoraciones conjuntivales y su comportamiento.
- 2.- Evaluar la utilidad de la citología como elemento auxiliar diagnóstico en el caso de una tumoración conjuntival.
- 3.- Conocer en nuestro medio cuales son las patologías conjuntivales de tipo tumoral que pueden ser evaluadas mediante estudio citológico.

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a la importancia que representa la presencia de una tumoración conjuntival, tomando en cuenta que puede poner en peligro no solo la función visual o la conservación del órgano sin también la vida del paciente, se hace de suma importancia contar con los elementos diagnósticos idóneos para establecer un diagnóstico lo más preciso posible y de esta manera establecer un plan terapéutico adecuado.

## METODO

Se revisaron los expedientes de pacientes del Hospital de Oncología del ---- CMN del IMSS. A los cuales se les había establecido el diagnóstico de tumoración conjuntival de cualquier tipo, que tenían estudio citológico analizado mediante el método de Papanicolau, siempre y cuando tuvieran también estudio-histopatológico posterior.

El criterio de inclusión fue de los pacientes a los cuales se les realizó los procedimientos anteriormente señalados y el criterio de exclusión fue de los pacientes a los cuales no se les hubiera realizado uno de los procedimientos anteriormente señalados, no se tomaron en cuenta otras variables como edad, sexo, ocupación etc, a pesar de que si se reporta en el estudio la edad de los pacientes.

Se reporta igualmente los principales síntomas de los pacientes, la localización de las tumoraciones, los distintos diagnósticos a los que se llegó, en sus distintas fases (clínica, citológica e histopatologica) así como la correlación entre estas.

Se analizaron un total de 34 pacientes, se analiza los resultados mediante el método de análisis porcentual, gráfico y de sensibilidad estadística.

El diagnóstico clínico se realizó mediante una historia clínica completa realizada en el servicio de Cabeza y Cuellos posteriormente historia clínica con exploración oftalmológica completa en el servicio de Oftalmología del mismo Hospital de Oncología del CMN IMSS, teniendo a cargo la revisión de los pacientes el Dr Andrés Galvan de la Luz, médico oftalmólogo encargado del servicio. Los pacientes captados fueron del período de 1983 a 1985.

El estudio citológico se realizó una vez establecido un diagnóstico clínico mediante la toma de muestra utilizando un palillo de madera estéril y raspando directamente la superficie de la lesión evitando el sangrado de esta y sin la utilización de ningún colirio 72 hrs previas a la toma de la muestra. Poste--

riormente la muestra se colocó en un portaobjetos y se fijó mediante la utilización de un Spray fijador, se envió al servicio de Citología de el Hospital de Oncología del CMN IMSS y esta se analizó mediante la tinción de Papanicolaou. El estudio histopatológico se realizó mediante biopsia escisional de la lesión y analizada la muestra en el servicio de Anatomía patológica del mismo Hospital.

## REVISION DEL TEMA

Generalidades: La conjuntiva es una membrana vascularizada, mucosa que cubre la superficie del ojo, su capa mas superficial, el epitelio se -- continua con la epidermis de los párpados, y la porcion mas superficial de la cornea , el epitelio corneal.

La conjuntiva es la responsable de la producción de moco el cual es esen cial para la estabilidad de la película lagrimal y la transparencia corneal. Cuatro son las razones de su enorme capacidad de combatir infecciones: 1.-Es muy vascularizada lo que permite rápida migración de elementos de defensa, 2.-Los diferentes tipos celulares pueden iniciar y-- participar en la respuesta inflamatoria, 3.- Las células inmunocompetentes producen inmunoglobulinas, 4.- sus microvellos y enzimas capacitan - al tejido a englobar y neutralizar partículas extrañas como virus.

Anatomia: Forma la parte posterior de ambos párpados, y la parte anterior del globo ocular. De la parte interna del párpado la conjuntiva es reflejada hacia el ojo formando dos recesos denominados fondos de saco, uno superior y otro inferior localizados aproximadamente a 8mm del limbo cada uno.

En la porción medial de los fornix estos son reemplazados por la carúncu la y la plica semilunar, lateralmente el fornix se extiende a unos 14mm- del limbo justo por detrás del ecuador.

La conjuntiva palpebral es marcadamente adherente a la placa tarsal y - suelta en la superficie bulbar, excepto en la porción perilímbica a 3mm- de la cornea, donde se une firmemente a la cápsula de tenon.

**Glándulas:** La conjuntiva posee diferentes tipos de tejido glandular, entre las que se cuentan las glándulas de Krause las cuales son accesorias de la glándula lagrimal, se localizan en el tejido subconjuntival profundo, 42 en el fornix superior y 6 a 8 en el fornix inferior. Las glándulas de Wolfring son también accesorias se encuentran de 2 a 5 en el párpado superior y 2 en el inferior.

**Epitelio:** Este es del tipo escamoso estratificado situado sobre un tejido conectivo denominado sustancia propia y que posee una membrana basal irregular, esta membrana no es una barrera fuerte para la migración celular, la unión entre las células basales epiteliales y la membrana basal es mediante hemidesmosomas, mientras que las células epiteliales están unidas entre sí mediante desmosomas.

Las células epiteliales contienen gran cantidad de microvellos cubiertos por mucopolisacáridos. Se encuentran a lo largo de las células epiteliales gran cantidad de linfocitos y bajo condiciones de inflamación se identifica un gran número de polimorfonucleares, existen también melanocitos localizados en la membrana basal epitelial y distribuidos en la porción límbica y a nivel de la conjuntiva bulbar.

El epitelio de la conjuntiva tarsal es de aproximadamente 5 o 6 capas, el localizado en el fornix es más columnar, y en la porción palpebral es más cuboide, existen numerosos microvellos en la superficie libre de la conjuntiva palpebral las cuales se cree participan en el control de las infecciones virales. El epitelio conjuntival límbico, tiene un mayor número de células epiteliales de 10 a 15, ya no existen células goblet y este se parece más al epitelio corneal. A nivel del limbo la membrana basal se engruesa, existen linfocitos a nivel de la membrana basal, --

muchas células del limbo contienen pigmento, el epitelio conjuntival y el estroma forman rete pegs y papilas, las cuales en forma radiada forman las empalizadas de Vogt. Pequeños linfáticos y nervios corren a lo largo de las papilas, los nervios no contienen mielina y se ramifican -- hacia el estromaconjuntival y la membrana basal.

Células Goblet.- Las células goblet lubrican y protegen a las células epiteliales, producen mucina que disminuye la tensión superficial de la lagrime estabilizandola. La densidad de las células goblet es constante en la edad adulta, son mas abundantes en el sector nasal inferior. Son grandes miden aprox 25x25micras pueden estar llenas o no de mucina, el núcleo esta desplazado a un lado, al romperse estas liberan mucina que baña el ojo. Las células goblet estan unidas al epitelio por desmosomas. Probablemente algunas células basales del epitelio conjuntival dan lugar a las futuras células goblet. Toma aproximadamente de 3 a 6 días a una celula epitelial basal llegar a la superficieconjuntival, pero aún no se sabe cuanto dura una célula goblet en la superficie conjuntival.

Sustancia Propia conjuntival: El epitelio se encuentra sobre una capa de tejido conectivo donde existe un enorme potencial antiinfeccioso. -- Numerosos mastocitos, linfocitos, células plasmáticas y neutrófilos, así como IgA, IgG e IgM son elementos que se encuentran en la sustancia propia conjuntival. Se divide en 2 capas, una linfoide superficial y otra profunda fibrosa, la capa linfoide se forma en los primeros meses de vida la capa fibrosa consta de tejido conectivo engrosado y elastico, que contiene vasos, nervios y glándulas de Krause.

**Linfáticos.-** Los linfáticos de la conjuntiva están arreglados en 2 plexos uno superficial de pequeños vasos junto a los capilares conjuntivales y otro profundo que consta de grandes vasos situado en la capa fibrosa que recibe el drenaje de los vasos superficiales.

**Nervios.-** El aporte nervioso de la conjuntiva es el mismo que reciben los párpados excepto en el área perilímbica que corresponde a los nervios cillares largos.

Las terminaciones pueden ser libres o bien terminaciones especializadas, - llamadas terminaciones nerviosas de Krause, rodeadas por una capa de tejido conectivo propio y forrada por células endoteliales.

**Carúncula.-** Es un cuerpo ovoideo rosado de aproximadamente 5 mm de altura y de 3 mm de ancho situado en el lago lagrimal en la porción medial de la plica semilunar adherido a ésta en algunas fibras del recto medial, - por lo que es mas prominente cuando el ojo mira lateralmente. Es realmente un fragmento modificado de piel con la diferencia que contiene glándulas parecidas a las de Krause, su epitelio es semejante a la del borde libre del margen palpebral, pero no se encuentra queratinizado. El aporte sanguíneo está dado por la arteria palpebral medial, los linfáticos drenan a la región submandibular y el aporte nervioso está dado por el nervio infratroclear.

**Pliegue semilunar.-** Es un pliegue delgado colocado verticalmente en el - canto interno por debajo de la carúncula. Su borde lateral se encuentra libre y separado de la conjuntiva bulbar por un pequeño fondo de saco de 2 mm de profundidad. Se encuentra mas vascularizado que el resto de la conjuntiva, su estructura es muy similar a la de la conjuntiva unicamente que cons

ta de 8 a 10 capas celulares en lugar de 6. Contiene tejido conectivo, - en su base existe un lóbulo de grasa y algunas veces músculo no estriado, corresponde en el humano a la porción de la membrana nictitante de los animales.

Análisis de las Tumoraciones mas Frecuentes.

Generalidades.- La conjuntiva compuesta por los diferentes elementos ya - analizados puede originar tumores en cualquiera de sus estructuras Vgr.: - del epitelio, quistes, carcinoma o bien displasia; de los melanocitos, nevos, melanosis adquiridas o melanomas; de tejido conectivo, tumores inflamatorios queloides y degeneraciones elastóticas; de los vasos sanguíneos, - angiomas y granulomas piógenos; de los vasos linfáticos, linfagiectasias y linfagiomas; de los nervios, neurofibromas y neurilemomas; también pueden existir hamartomas y coristomas.

Quistes dermoides.- Usualmente localizados en la órbita se pueden extender hacia, la conjuntiva, conteniendo queratina y material sebaceo, pueden existir lipomas conteniendo principalmente material lipídico, son coristomas verdaderos usualmente localizados lateralmente ; el tratamiento es la escisión del tumor.

Pueden existir también tumores epibulbares de tipo dermoide localizados - en el limbo en la mayoría de los casos temporalmente conteniendo glándu-- las sudoríparas ectópicas, sebaceas, lagrimales, un tercio de estas tumoraciones se asocian a otras anomalías congénitas que comprometen el arco braquial.

Tumores Vasculares.- Se presentan por la irritación crónica de termina--

ciones vasculares con una consecuente dilatación, existen algunas enfermedades sindrómicas que presentan alteración conjuntival como son: Síndrome de Rendu-Osler-Weber, o el Síndrome de Louis Barr.

Hemangiomas.- Los hemangiomas capilares conjuntivales son tumores que se presentan en la infancia de crecimiento rápido que usualmente se resuelven espontáneamente antes de los 5 años. Los hemangiomas cavernosos se encuentran localizados más profundamente que los capilares y usualmente también comprometen a la órbita. Tienden en menor grado a regresar aunque también se recomienda la terapia conservadora.

El granuloma piógeno es una masa rojiza lobulada con proliferación de capilares y células endoteliales con infiltrado inflamatorio que generalmente se desarrolla sobre un sitio de irritación traumática o inflamación, generalmente regresa espontáneamente.

Linfangiomas.- Son tumoraciones benignas, lentamente progresivas, que pueden comprometer a la órbita, los párpados y la conjuntiva. El tratamiento de estas tumoraciones es difícil ya que la escisión solo puede ser parcial y repetitiva.

Papilomas conjuntivales.- Son lesiones pedunculadas mucosas comunes en el canto interno, recurrentes de etiología viral. Tienen un patrón vascular característico y una superficie no queratinizada. Puede existir en otra variedad con una base más ancha y más blanda que semeja más un carcinoma in situ. Xerosis conjuntival, es la presencia de una zona de queratinización anormal de la conjuntiva seca que forma una mancha de Bitot más comúnmente temporal.

CA Epidermoide.- Derivado de las células escamosas del epitelio conjuntival.

val, clínicamente puede aparecer como una leucoplaqa, donde el espesor completo se sustituye por células atípicas y la superficie se queratiniza. El area afectada se encuentra engrosada y caracteristicamente bien delimitada en el carcionoma insitu. No atraviesa la membrana basal en un inicio pero posteriormente puede transformarse en un invasor superficial, profundo o bien puede metastatizar.

El carcionoma de células basale es muy raro a diferencia del que se presenta en los párpados.

#### Tumores Melanóuticos.

Son lesiones similares a las encontradas en la piel y en algunos casos -- comparten las lesiones como en el caso del nevo de Ota.

Melanosis congénita.- La melanocitosis ocular es una hiperpigmentación de la epiesclera, esclera y el tracto uveal, generalmente unilateral y -- con tendencia a malignizarse.

Melanosis adquirida.- Se refiere a la lesión difusa plana de crecimiento lento con un potencial de malignización alto, donde una elevación de la lesión sugiere potencialmente una malignización reportándose aproximadamente 17% de estos casos en relación a las melanosis adquiridas, el tratamiento ideal no se ha definido sin embargo, se reportan en los casos de -- lesiones pequeñas el éxito con la escisión local.

Nevos.- 33% de los nevos conjuntivales no son pigmentados, el 50% se asocia a crecimiento de quistes epiteliales, situación muy útil para el diagnóstico diferencial, su transformación maligna es rara pero puede existir, por lo que en caso de sospecha o de que resulte cosmeticamente desagradable se debe escindir.

Melanomas.- Pueden crecer a partir de nevos, de areas de melanosis adquirida o bien sin evidencia de lesión previa, pueden tambien presentarse como extensión de melanomas de coroides y finalmente pueden presentarse como tumoraciones metastásicas de la piel o de membranas mucosas en cual -- quier parte de la economía. El tratamiento de un melanoma conjuntival es la escisión local amplia, la enucleación o el vaciamiento orbitario y a-- quéllas que se presentan secundarias a melanosis adquiridas pueden ser - susceptibles de radiación. Debido a que existe un gran número de lesio-- nes similares a el melanoma conjuntival ante la duda diagnóstica se debe utilizar el exámen celular donde las biopsias incisionales no han demos-- trado aumentar la letalidad de este tipo de lesiones, otro tipo de estu-- dio puede ser la citología o una biopsia escisional.

FICHA DE RECOPIACION DE DATOS

Los datos de los pacientes se recolectaron en hojas individuales, conteniendo los siguientes datos:

1) Datos generales

- a) Nombre  
b) Cédula  
C) Fecha de estudio citológico

2) Antecedentes Neoplásicos

A) Neoplásicos no oftalmológicos

- I) Si II) No III) Parentesco IV) Neoplasia

B) Neoplásicos oftalmológicos

- I) Si II) No III) Parentesco IV) Neoplásico

3) Antecedentes Personales no Patológicos

A) Sexo I) Masculino II) Femenino

B) Edad años

C) Ocupación

D) Exposición solar I) Si II) No

E) Último lugar de residencia por más de 10 años

4) Antecedentes Personales Patológicos

A) Diabetes Mellitus I) Si II) No

B) Neoplásicos no oftalmológicos I) Si II) No

C) Neoplásicos oftalmológicos I) Si II) No

5) Padecimiento Actual

A) Ojo I) OD II) OI C) AO

B) Tiempo de evolución A) Menos de 6 meses B) 6-12 meses C) más de 1 año

C) Síntomas I) Asintomático II) Sintomático

IIa) Ardor IIb) Ojo rojo IIc) Prurito IId) Secreción IIe) Sensación de CE

6) Localización

A) Conjuntiva palpebral I) Si )B) No B) Fornix I) Si II) No

C) Conjuntiva bulbar I) Si II) No D) Limbo I) Si II) No

7) Diagnóstico Clínico \_\_\_\_\_

A) Benigno I) Si II) No

8) Reporte Citológico Dx \_\_\_\_\_

A) Benigno I) Si II) No

B) Correlación Clínico/Citológica I) Si II) No

9) Reporte Histopatológico \_\_\_\_\_

A) correlación citologica/Histopatologica I) Si II) No

10) Reporte Citológico Posterior a estudio Histopatológico

A) I) Si AII) No diagnóstico \_\_\_\_\_

B) Positivo I) Si II) No

C) Correlación con estudio Histopatológico previo

I) Si II) No

**TABLAS Y GRAFICAS DE LOS DATOS RECOLECTADOS**

TABLA DE RECOPIACION DE DATOS(SEXO, EDAD, ANTECEDENTES,SINTOMAS,LOCALIZACION DE LOS TUMORES Y DIAGNOSTICO).

n=1 f=0	2=?										SINTOMAS					LOC		DIAGNOSTICO CLINICO	DIAGNOSTICO CITOLOGICO								
	edad	ocup	H no	F so	da	pp no	so	exol	od	oi	te	ar	or	p	s	se	p			f	b	l	c				
1	70	emp	1					1	1		1	1									1	c	Ca. Epidermoide	Atipias no conc.			
2	16	est								1	1											1	c	Nevo Conjuntival	Clase 5		
3	63	hog						1	1		1											1		Melanoma	Clase 5		
4	61	hog						1	1		3												1		Melanoma	Clase 5	
5	41	mec								1	1												1		Papiloma	Papiloma c/disp.	
6	64	chof								1	1		3			1							1		Ca. Epidermoide	Displasia Mod.	
7	55	?								2	1		2	1									1		Ca. Epidermoide	Ca. Epidermoide	
8	49	emp								2		1	2			1							1		Papiloma	Papiloma	
9	37	obr	1							1	1		1		1								1		Ca. Epidermoide	Clase 2	
10	33	hog								1	1		2	1									1		Papiloma Pigmentado	Normal	
11	59	hog								1		3				1							1		Melanosis Cong.	Alteraciones Inesp L.	
12	41	obr	1							1	3													1		Melanosis	Pig. Melanico
13	66	hog	1							1	1					1	1									Gr. Conjuntival	Ek. Inflat.
14	49	hog	1								1	3				1										Prob. Ca Conj.	Clase 2
15	64	obr									1	3														Ca. Epidermoide	Clase 2
16	51	R.Ver								1	1					1							1		Prob. Papiloma	Papiloma	
17	69	hog									1	1	1	1									1		Ca. Epidermoide	Displasia Ligera	
18	78	pan									1	3											1		Papiloma	Papiloma	
19	65	hog	1		1	1					1	3											1		Melanosis	Clase 2	
20	23	emp									1	3											1		Papiloma Pig.	Papiloma	
21	58	emp									1	1	1			1							1		Gr. Conj	Clase 2	
22	64	hog									1	3											1		Polipo	Normal	
23	26	Ing									1	1	1										1		En estudio	Clase 2	
24	54	sol									1	1	1	1	1								1		Papiloma	Clase 2	
25	59	Elec									1	1	1										1		Gr. Conjunt.	Clase 2	
26	83	Camp								1	1	2		1		1							1		Ca. Epidermoide	Clase 5	
27	72	chof	1								1	2		1									1		Quiste car.	Clase 1	
28	72	hog	1			1					1					1							1		Papiloma	Papiloma	
29	74	cont				1					1												1		Papiloma	Clase 2	
30	68	Emp									1	2										1	1		Papiloma	Clase 2	
31	48	hog				1					1		1		1	1						1	1		Papiloma	Displasia Severa	
32	48	agr								1	1	2	1	1		1							1		Melanoma	Melanoma	
33	29	hog									1	3											1		Papiloma Pig.	Clase 1	
34	68	Jub									1	1											1		Ca. Intraepit.	No Cel. Malig.	

24 13 15 15 9 32 58 58 32 21 9 6 26 6 6 44 35 12

TABLA DE RECOPIACION DE DATOS(SEXO, EDAD, ANTECEDENTES,SINTOMAS,LOCALIZACION DE LOS TUMORES Y DIAGNOSTICO).

m=1	f=0	edad	ocup	H	F	pp	2=?	PR	SINTOMAS	LOC	DIAGNOSTICO CLINICO	DIAGNOSTICO CITOLOGICO													
no:	edad	ocup	no	so	di	no	so	sol	od	oi	te	ar	or	p	s	se	p	f	b	l	c	DIAGNOSTICO CLINICO	DIAGNOSTICO CITOLOGICO		
1	1	70	emp	1				1	1												1	Ca. Epidermoide	Atipias no conc.		
2	1	16	est							1	1			1								1	Nevo Conjuntival	Clase 5	
3	1	63	hog			1	1		1	1											1	Melanoma	Clase 5		
4	1	61	hog					1	1		3											1	Melanoma	Clase 5	
5	1	41	mac			1			1		1											1	Papiloma	Papiloma c/disp.	
6	1	64	chef			1			1	1		3			1							1	Ca. Epidermoide	Displasia Mod.	
7	1	35	?					2	1		2		1									1	Ca. Epidermoide	Ca. Epidermoide	
8	1	49	emp					2		1	2				1							1	Papiloma	Papiloma	
9	1	37	obr	1				1	1		1		1									1	Ca. Epidermoide	Clase 2	
10	1	33	hog						1	2	1		1									1	Papiloma Pigmentado	Normal	
11	1	59	hog				1		1		3				1							1	Melanosis Conj.	Alteraciones Inesp L.	
12	1	41	obr	1					1	1	3											1	Melanosis	Pig. Melanico	
13	1	66	hog	1						1	1				1	1							1	Gr. Conjuntival	Ex. Inflanat.
14	1	49	hog	1						1	3			1									1	Prob. Ca Conj.	Clase 2
15	1	64	obr							1	3												1	Ca. Epidermoide	Clase 2
16	1	51	R. Veri						1		1				1							1	Prob. Papiloma	Papiloma	
17	1	69	hog						1	1	1	1										1	Ca. Epidermoide	Displasia ligera	
18	1	70	par							1	3												1	Papiloma	Papiloma
19	1	65	hog	1		1	1			1	3											1	Melanosis	Clase 2	
20	1	23	emp							1	3												1	Papiloma Pig.	Papiloma
21	1	50	emp						1	1	1				1								1	Gr. Conj	Clase 2
22	1	64	hog					1			3											1	Polipo	Normal	
23	1	26	Ing						1	1	1											1	En estudio	Clase 2	
24	1	54	sol						1	1	1	1	1										1	Papiloma	Clase 2
25	1	59	Elec						1	1	1				1							1	Gr. Conjunt.	Clase 2	
26	1	83	Camp					1	1	2	1				1							1	Ca. Epidermoide	Clase 5	
27	1	72	chef	1					1	2	1											1	Quiste car.	Clase 1	
28	1	72	hog	1					1						1								1	Papiloma	Papiloma
29	1	74	cont			1					1												1	Papiloma	Clase 2
30	1	60	Emp							1	2											1	Papiloma	Clase 2	
31	1	40	hog			1				1	1			1	1							1	Papiloma	Displasia Severa	
32	1	48	agr					1	1	2	1	1			1							1	Melanoma	Melanoma	
33	1	29	hog						1		3											1	Papiloma Pig.	Clase 1	
34	1	68	Jub						1		1											1	Ca. Intraepit.	No Cel. Malig.	
		24		13	15	15	9		32	50	50			32	21	9	6	26	6	6	44	35	12		

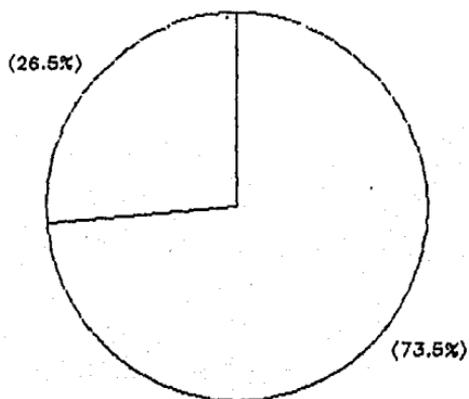
TABLA DE RECOPIACION DE DATOS CONTINUACION.....(DIAGNOSTICO Y CORRELACION).

D) DIAGNOSTICO HISTOPAT	cor																					
	7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	clh	cith	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Ca. Epidermoide	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Melanoma	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	16	0	0	0	0	0	0	0	
Melanoma	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	61	0	0	0	0	0	0	0	
Papiloma	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	41	0	0	0	0	0	0	
Ca. Epidermoide	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Gr. Piogeno	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35	0	0	0	0	0	0	
Papiloma	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	49	0	0	0	0	0	0	
Ca. Epidermoide	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Papiloma Pigmentado	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	33	0	0	0	0	0	0	0	
Nevo	5	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	59	0	0	0	0	
Nevo	5	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	41	0	0	0	0	
Granuloma	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	66	0	0	0	0	0	
Papiloma	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	49	0	0	0	0	0	0	
Ca. Epidermoide	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ca. Epidermoide	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	51	0	0	0	0	0	0	
Ca. Epidermoide	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Papiloma	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	70	0	0	0	0	0	0	
Nevo	5	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	65	0	0	0	0	
Nevo	5	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	23	0	0	0	0	0	
Papiloma	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	50	0	0	0	0	0	0	
Papiloma Esc.	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	64	0	0	0	0	0	0	0	
Conjuntiv. Cron.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	26	0	
Papiloma	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	54	0	0	0	0	0	0	
Ca. Basocel.	6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	59	0	0	0	
Ca. Epidermoide	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	83	0	0	0	0	0	0	0	0	
Hiperplasia Sen.	9	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	72	
Papiloma	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	72	0	0	0	0	0	0	
Papiloma	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	74	0	0	0	0	0	0	
Papiloma	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	60	0	0	0	0	0	0	
Papiloma	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	40	0	0	0	0	0	0	0	
Melanoma	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	40	0	0	0	0	0	0	0	
Quiste de Ret.	7	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	29	0	
Ca. Epidermoide	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	68	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
												21	12	38	6	12	3	3	3	3	74	65
																					26	35

Ca. Epidermoide 9 Hiperplasia Sen.  
: Melanoma 10

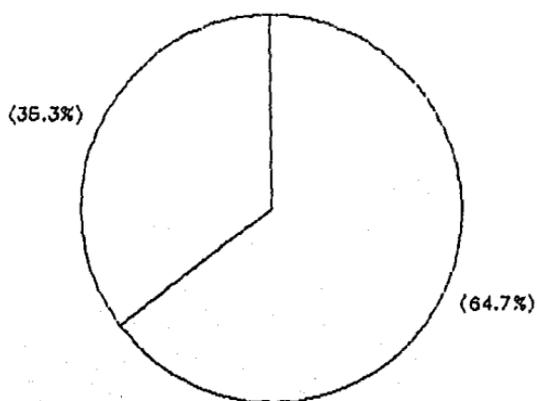
# CITOLOGIA EN EL DIAGNOSTICO DE TUMORES

## CORRELACION CLINICO-HISTOPATOLOGICA

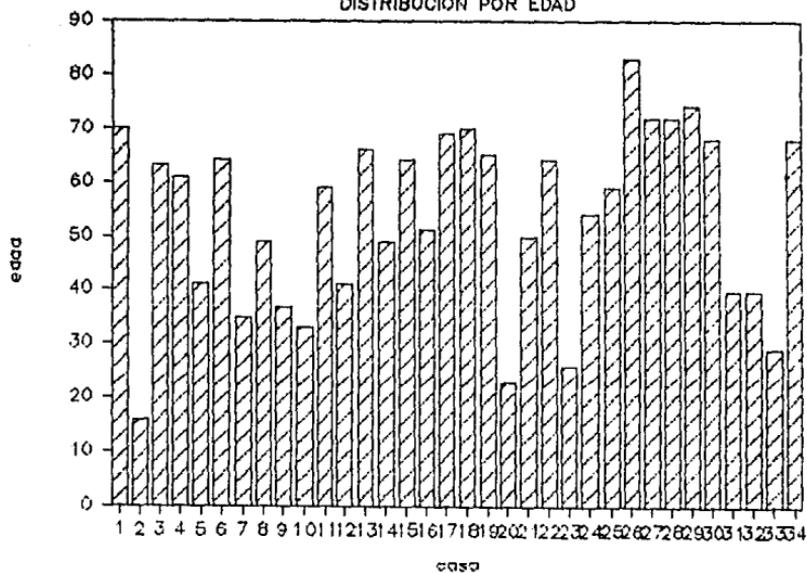


# CITOLOGIA EN EL DIAGNOSTICO DE TUMORES

## CORRELACION CITO-HISTOPATOLOGICA

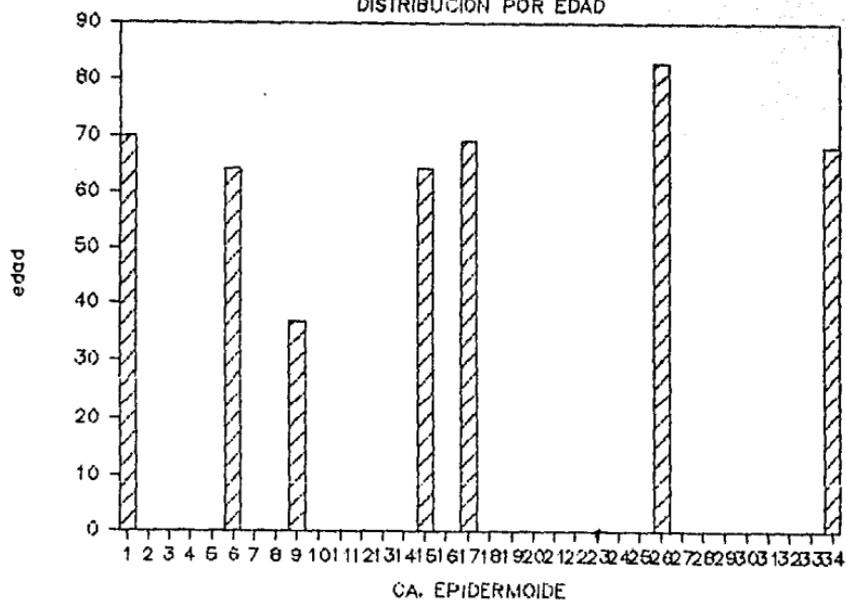


### CITOLOGIA EN DIAGNOSTICO DE TUMORES DISTRIBUCION POR EDAD

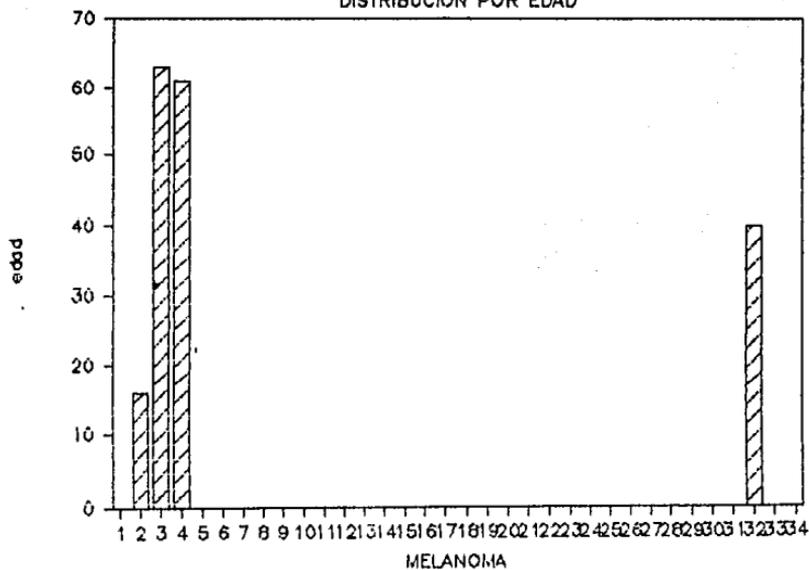


# CITOLOGIA EN DIAGNOSTICO DE TUMORES

## DISTRIBUCION POR EDAD



### CITOLOGIA EN DIAGNOSTICO DE TUMORES DISTRIBUCION POR EDAD



Analisis de los Resultados:

Se analizaron 34 casos con estudios completos.

Se identifico una correlación Clinico Histopatologica en un 73.5% de los casos

Se identifico una correlación Cito Histopatologica en un 64.7% de los casos.

La localización mas frecuente fue en Conjuntiva Bulbar en un 44% de los casos, siguiendo en orden de frecuencia 35% a nivel del limbo, 11% a nivel de la carúncula y 5% de casos en el fondo de saco, asi como 5% a nivel de conjuntiva palpebralsiendo un caso muy avanzado que abarco varias estructuras.

Referente a la edad el paciente mas joven fue de 16 años y el mas viejo de 83 años.

Se detecto un 58% de pacientes masculinos y 42% femeninos.

20% de los pacientes tenían antecedente de exposición al sol.

De los 34 casos analizados 13 correspondieron a Papiloma, 7 a Ca epidermoide, 4 a Melanoma, 4 a Nevo, 1 Conjuntivitis crónica, 2, Granuloma, 1 a hiperplasia Senil, 1 a Ca Basocelular y uno a Quiste de retención.

La edad en que se presentaron los tumores malignos mas frecuentes fue: en el caso de Ca epidermoide el mas joven a los 35 y el mas grande a los 83 años. En el caso de Melanoma un caso a los 16 años y el mas grande a los 63 años. Siendo el paciente de 16 años el mas joven de todos los pacientes estudiados en este trabajo.

Es importante señalar que en los casos de Ca epidermoide solo en uno se estableció el diagnostico Citologico de Papanicolau clase V, y en los otros casos no existió correlación citológica-histopatológica, se cree que esto se deba a que en el caso particular de Ca epidermoide las características de las células superficiales debido a su evolución ----

se encuentren queratinizadas, siendo mas fidedigna la correlación--- clinico-histopatológica (100% de los casos en este estudio) que el--- estudio Citológico en este tipo de tumoración.

Asi de esta manera podemos analizar particularmente que en los casos de Ca epidermoide la sensibilidad estadística para la correlación -- clinico-histopatológica fue del 100% y en el caso de correlación -- Cito-histopatológica fue de solo 14%.

En los casos de Melanoma: correlación Clinico-histopatológica fue de 75% y en el caso de correlación Cito-histopatológica fue de 100%.

En los casos de Papiloma conjuntival la citología conjuntival - tiene una sensibilidad estadística similar a un diag. clínico reali zado por una persona con experiencia. En este estudio 76% de sensibi lidad tanto la correlación cito histopatológica, como la correlación linico-histopatológica.

## CONCLUSIONES

Este trabajo demuestra la utilidad de un conocimiento adecuado de las lesiones de tipo tumoral a nivel conjuntival en lo que respecta a todas sus características clínicas, ya que muestra una correlación semejante entre la sensibilidad de el diagnóstico clínico con respecto al diagnóstico citológico.

Es importante mencionar que el estudio citológico fue realizado por personal dedicado exclusivamente a examen de este tipo (citólogo oncólogo) y con amplia experiencia en este tipo de tumoraciones, que en un 36.3% de los casos no existió correlación con el reporte final, por lo que definitivamente no se puede asegurar como un estudio 100% seguro o sino útil en casos de duda diagnóstica, en los casos de tumoraciones recurrentes y siempre basados en un profundo conocimiento de las características clínicas de las lesiones.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Hogan MJ, Zimmerman LE: Ophthalmic Pathology an Atlas and Text Book, 2ed. Philadelphia. W.B Saunders Company, 1976.
- 2.-Warwick R: Anatomy of the Eye and Orbit. Philadelphia. W.B Saunders Company, 1976.
- 3.-Yanoff M, Fine BS: Ocular Pathology, 2ed. Philadelphia. Harper and Row, 1982.
- 4.-American Academy of Ophthalmology: Ophthalmic Basic and Clinical Science -- course, sections 2, 7 and 9. San Francisco Ca. Lincon Bergman Editor, 1983-84.
- 5.-Duane TD (ed): Clinical Ophthalmology, Vol 2, 4. Hagerstown, Md, Harper and Row Publishers, inc, 1984.
- 6.-Thygeson P: The Cytology of Conjunctival exudates. Am J Ophthalmol 29(12) -- 1499-1510, 1946.
- 7.-Zuher M: Cytology of Ocular Lesions. Acta Cytol 16(2) 178-185, 1972.
- 8.-Naib Z et al: Exfoliative Cytology in The Diagnosis of Ophthalmic Lesions. Acta Cytol 11: 295-303, 1967.
- 9.-Naib Z et al: Cytology of the Ophthalmic Lesions. Acta Cytol 16: 178-, 1972.
- 10.-Wilson FM: Use Bengal Staining of Epibulbar Squamous Neoplasms. Ophthalmic-Sur 7(2) 21-23, 1976.
- 11.-Judge DM et al: Epidermoid carcinoma of the Bulbar Conjunctiva in Ethiopia. Cancer 37(2) 913-916, 1976.
- 12.-Spinak M, Friedman AH: Squamous Cell Carcinoma of the Conjunctiva. Value of Exfoliative Cytology in diagnosis. Surv Ophthalmol 21(4) 351-5, 1977.
- 13.-Thatcher RW, Darougar S, Jones BR: Conjunctival Impression Cytology. Arch-Ophthalmol 95(4) 678-681, 1977.
- 14.-Sigelman J, Jakobiec FA: Lymphoid lesions of the Conjunctiva: Relation of -- Histopathology to Clinical outcome. Ophthalmology 85(8) 818-843, 1978.
- 15.-Eghert PR, et al: A Simply Conjunctival Biopsy. Am J Ophthalmol 84(6) 798--801, 1977.
- 16.-Bonuick M: Squamous Cell Carcinoma of the Conjunctiva Value of the exfoliative Cytology in Diagnosis. Surv Ophthalmol 21(4) 351-355, 1977.
- 17.-Clear AS: Solar Keratosis, Pterygium and Squamous cell Carcinoma of the Conjunctiva. Br J Ophthalmol 83 102-109, 1979.
- 18.-Palma O, de Cristoforo J: Nevo Composto Palloniformi della Conjunctiva Correlazioni Cito-istologiche. Serv Anat Istol Patol 85-89, 1979.
- 19.-Sarachik M: Cytological Smears an aid in the Diagnosis of External Ocular-- Pathology. J Am Optom Assoc 50(1) 108-109, 1979.
- 20.-Clar DH: The Management The Management of Lid and Conjunctiva Malignancies. Surv Ophthalmol 24(16) 679-689, 1980.
- 21.-Schuman GB, Tolson VF: eye Cytology. Am Fam Physician 22(6) 120-124, 1980.

ESTA TESIS NO DEBE  
-29- SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 22.- Rodriguez-Sainz RS: Common Conjunctival Neoplasms. J Dermatol Sur Oncol-7(3) 1195-1199,1981.
- 23.- Lopez-Cardoso P, et al: Exfoliative Cytology in The Diagnosis of Conjunctival Tumors. Ophthalmologica 182(3) 157-164,1981.
- 24.- Hershenfield S, et al: Impression Cytology in Conjunctivitis. Can J Ophthalmol 16(20) 76-80,1981.
- 25.-Koch PS: Conjunctival Displasia ans Squamous Cell Carcinoma . J Dermatol-Sur Oncol 7:603-605,1981.
- 26.-Sanderson TL, Pustai W, Shellyl, et al: Cytologic evaluation of Ocular -- lesions. Acta Cytol 24(5) 391-400,1980.
- 27.- Gelender H, Forster RK: Papanicolau Cytology in the Diagnosis and Management of External Ocular Tumors. Arch Ophthalmol 98(5) 909-912, 1980.
- 28.- Liesegang TJ, Campbell RJ: Mayor Clinic Experience with Conjunctival Melanomas. Arch Ophthalmol 98(8)1385, 1982.
- 29.- Fraufelder FT: Management of Intraepithelial Conjunctival Tumors and -- squamous Cel CARcinomas. Am J Ophthalmol 95:359-363,1983.
- 30.- Gonzalez Arechega O: Carcinoma epidermoide Conjuntival. An Soc Mex Of---talmol 59:15-18, 1985.