

11234

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE QUERATOSIS
ACTINICA Y CARCINOMA INTRAEPITELIAL DE LA
CONJUNTIVA. CARACTERISTICAS
HISTOPATOLOGICAS

DR. MAURICIO TURATI ACOSTA

HOSPITAL "DR. LUIS SANCHEZ BULNES"
ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO, I.A.P.



2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

**ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE QUERATOSIS
ACTINICA Y CARCINOMA INTRAEPITELIAL DE LA
CONJUNTIVA. CARACTERISTICAS
HISTOPATOLOGICAS**



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. MAURICIO TURATI ACOSTA

DIRECTOR DE TESIS

DR. ABELARDO A. RODRIGUEZ REYES

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónica e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Mauricio Turati Acosta

FECHA: 23 09 04

FIRMA: [Signature]

HOSPITAL "DR. LUIS SANCHEZ BULNES"

ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO, I.A.P.



ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO, I.A.P.
HOSPITAL DR LUIS SANCHEZ BULNES

JEFATURA DE ENSEÑANZA

[Signature]

INDICE

Resumen	1
Introducción	3
Material y método	6
Resultados	8
Discusión	9
Conclusiones	10
Referencias	11
Tablas y fotografías	12

Estudio comparativo entre queratosis actínica y carcinoma intraepitelial de la conjuntiva.

Características histopatológicas.

Resumen

Se realizó una revisión de casos (observacional, descriptivo, retrolectivo) con el objetivo de comparar las características histopatológicas de la queratosis actínica con el carcinoma intraepitelial de la conjuntiva. Se revisaron casos con diagnóstico histopatológico de lesiones benignas y premalignas de la conjuntiva. Fueron evaluados por dos patólogos independientes, cegados al expediente clínico. Se reunieron 30 casos de queratosis actínica y 30 de carcinoma intraepitelial. Los criterios para clasificación fueron: Atipia celular; presencia o no de paraqueratosis, disqueratosis y elastosis. De las variables clínicas se realizó correlación clínica de Pearson para establecer cuál de ellas se encontraba relacionada con los diagnósticos histopatológicos. Se encontró elastosis 100%, paraqueratosis en 96.7%, disqueratosis en 96.7% y atipia en 66.66% de los casos de queratosis actínica; y 78.57%, 35.7%, 28.57% y

71.42% respectivamente para carcinoma intraepitelial. La edad media para la queratosis actínica fue de 50.20 ± 16.05 años, y para el carcinoma intraepitelial de 65.76 ± 12.76 . Se encontró diferencia estadísticamente significativas entre edad y el diagnóstico por patología ($p < 0.05$). La queratosis actínica se presenta a edades más tempranas que el carcinoma intraepitelial. La queratosis actínica presenta histopatológicamente elastosis de la sustancia propia, paraqueratosis y disqueratosis con mayor frecuencia que el carcinoma intraepitelial.

Introducción

El área interpalpebral de la conjuntiva bulbar y límbica, es la localización mas frecuente para el desarrollo de lesiones precancerosas. Estas lesiones en su forma pura, tienen características histológicas bien definidas que permiten diferenciarlas entre sí. Sin embargo, la mayoría de estas lesiones no son uniformes y frecuentemente diferentes niveles de atípias celulares están presentes en la misma lesión¹.

Queratosis Actínica

La queratosis actínica se presenta en forma lentamente progresiva y por lo general se desarrolla en el epitelio que recubre a una pingüecula y/o a un pterigión preexistente. Se cree que estas lesiones están relacionadas patogenéticamente a una exposición prolongada a la luz ultravioleta. Su apariencia clínica es indistinguible de otras lesiones con aspecto de leucoplaquia que pueden ser benignas o malignas tales como la placa queratótica, la hiperplasia pseudocarcinomatosa y el carcinoma de células escamosas. Microscópicamente, las queratosis actínicas son placas bien delimitadas de epitelio acantósico

con paraqueratosis y atipia celular, sobre un estroma con extensas zonas de degeneración elastótica. Hay una variación considerable en el grado de atipia celular, que varía en severidad desde acantosis leve y paraqueratosis, hasta marcado pleomorfismo y disqueratosis con mitosis anormales².

Carcinoma in Situ

El carcinoma in situ representa la más maligna del espectro de las displasias conjuntivales³. No se recomienda utilizar este término para referirse a una queratosis actínica con atipia severa. Al igual que las displasias, el carcinoma in situ se confina al epitelio. Algunas de estas lesiones pueden experimentar regresión espontánea. La recurrencia posterior a la escisión es común, pero generalmente es intraepitelial. La historia natural en la mayoría de estas lesiones no sigue el curso de una verdadera neoplasia maligna, por lo que muy pocas veces evoluciona a un carcinoma invasor y/o metastatizante⁴. El carcinoma in situ se puede localizar en cualquier parte de la conjuntiva o córnea, pero la mayoría de las veces comienza en el limbo. La mayor parte de las lesiones se presentan más como una lesión de aspecto papilar

opaca, que en forma de leucoplaquia. Esto refleja la ausencia de queratinización observada microscópicamente.

El carcinoma in situ se caracteriza histológicamente por presentar acantosis con una pérdida total de la maduración celular normal y atipia celular que afecta todo el espesor del epitelio. Los cambios están confinados al epitelio y se observa integridad de la membrana basal. Las células de la capa basal, así como aquellas de capas más superficiales, son de mayor tamaño y alargadas. Las células queratinizadas (disqueratocitos), como zonas de hiper y/o paraqueratosis superficial son relativamente poco frecuentes. La actividad mitótica se presenta en todas las capas^{1,2}.

Como se puede apreciar en las entidades anteriormente descritas, ambas comparten algunas características clínicas como histopatológicas, lo que dificulta realizar un diagnóstico de certeza. Por tal motivo deben establecerse criterios clínicos y morfológicos específicos, para así poder establecer un tratamiento adecuado y pronóstico.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrolectivo; reevaluando lesiones benignas y premalignas de la conjuntiva del archivo del laboratorio de Patología Oftálmica del Hospital “Dr. Luis Sánchez Bulnes” de la Asociación para Evitar la Ceguera en México (1957-2003). Se tomaron en cuenta los diagnósticos de queratosis actínica y de carcinoma intraepitelial de la conjuntiva. Debido a que la hiperplasia pseudoepiteliomatosa así como la placa queratósica son entidades con características similares a las anteriores también se consideraron todos los casos con esos diagnósticos. Nuestra meta fue la de reunir todos los casos de queratosis actínica que se pudieran detectar y compararlos con un número igual de casos de carcinoma intraepitelial de la conjuntiva

Los cortes histológicos teñidos con hematoxilina y eosina de todos los casos fueron reevaluados por dos patólogos independientes, cegados al expediente clínico. Los criterios para clasificación fueron: grado de atipia celular, presencia o no de paraqueratosis, de disqueratosis y de elastosis.

Para el diagnóstico de carcinoma intraepitelial se reevaluaron 38 casos, de los cuales 30 permanecieron con ese mismo diagnóstico y se reclasificaron 8 casos como queratosis actínica. De queratosis actínica se reevaluaron 14 casos, de los cuales 12 permanecieron con el mismo diagnóstico y 2 se reclasificaron como hiperplasia pseudoepiteliomatosa. Para la hiperplasia pseudoepiteliomatosa se revisaron 38 casos, permaneciendo 28 casos con el mismo diagnóstico y reclasificando 10 casos como queratosis actínica. De placa queratósica se reevaluaron 9 casos los cuales ninguno fue reclasificado. De tal manera que al final nuestra muestra estaba conformada por 30 casos de queratosis actínica y 30 casos de carcinoma intraepitelial de la conjuntiva.

De las variables clínicas se realizó correlación clínica Pearson para establecer cual de ellas se encontraba relacionada con los diagnósticos histopatológicos. De las variables histopatológicas se realizó correlación bivariada.

Resultados

Se encontraron 30 casos con diagnóstico histopatológico de queratosis actínica que se compararon con 30 casos de carcinoma intraepitelial de la conjuntiva.

Para la queratosis actínica se encontró elastosis en 100%, paraqueratosis en 96.7%, disqueratosis en 96.7% y atipia en 66.6% de los casos; en el carcinoma intraepitelial fueron de 78.5%, 35.7%, 28.5% y 71.4%, respectivamente.

La edad media de presentación de la queratosis actínica fue de 50.20 ± 16.05 años, con un intervalo de 34.15 a 66.25 años; a diferencia del carcinoma intraepitelial que presentó una edad media de 65.76 ± 12.76 , con un intervalo de 53 a 78.52 años. En cuanto al género, en la queratosis actínica el 66.3% fue masculino y 36.7% femenino mientras que para el carcinoma intraepitelial 57.10% y 42.90% respectivamente.

Discusión

Se realizó un análisis de las variables histopatológicas encontrando diferencias marcadas para los resultados de elastosis, paraqueratosis y disqueratosis; y porcentajes similares para la atipia celular (ver tabla 1). Se realizó correlación bivariada encontrando diferencias estadísticamente significativas entre la edad y el diagnóstico histopatológico ($p < 0.05$) (ver tabla 2). En cuanto al género, no se encontró diferencia estadísticamente significativa.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Conclusiones

La queratosis actínica se presenta a edades más tempranas que el carcinoma intraepitelial. La queratosis actínica presenta histopatológicamente con mayor frecuencia elastosis de la sustancia propia, así como para y disqueratosis, en comparación con el carcinoma intraepitelial. Tomando en cuenta lo anterior, se pueden utilizar estos parámetros para poder diferenciar mejor estas entidades clínicas para poder así realizar un diagnóstico mas preciso y por consecuencia determinar el tratamiento y establecer un pronóstico.

Referencias

1. Spencer, W. et al. Ophthalmic Pathology; An atlas and textbook. 4th Edition. Philadelphia, USA. Saunders, 1996.
2. Burnier, M., Zimmerman, L., Jakobiec, F. Atlas of Tumor Pathology: Tumors of the Eye and Ocular Adnexa. 3rd Edition. Washington DC, USA. Armed Forces Institute of Pathology, 1994.
3. Meth Linwong, Stephen Herman, Maurice Rabb. Carcinoma in Situ of the Corneal Limbus in an Adolescent Girl. Arch Ophthal 1972, vol 87: 48-51.
4. Jay C Erie, Jean Campbell, et al. Conjunctival and Corneal Intraepithelial and Invasive Neoplasia. Ophthalmology 1986; 93: 176-183.

Tablas y fotografías

Tabla 1

Característica	Queratosis Actínica	Carcinoma Intraepitelial
Elastosis	100%	78.57%
Paraqueratosis	96.7%	35.7%
Disqueratosis	96.7%	28.57%
Atípi a Celular	66.66%	71.42%

Tabla 2

Característica	Queratosis Actínica	Carcinoma Intraepitelial
Edad	50.20 ± 16.05 (34.15-66.25)	65.76 ± 12.76 (53-78.52)
Masculino	63.3%	57.1%
Femenino	36.7%	42.9%

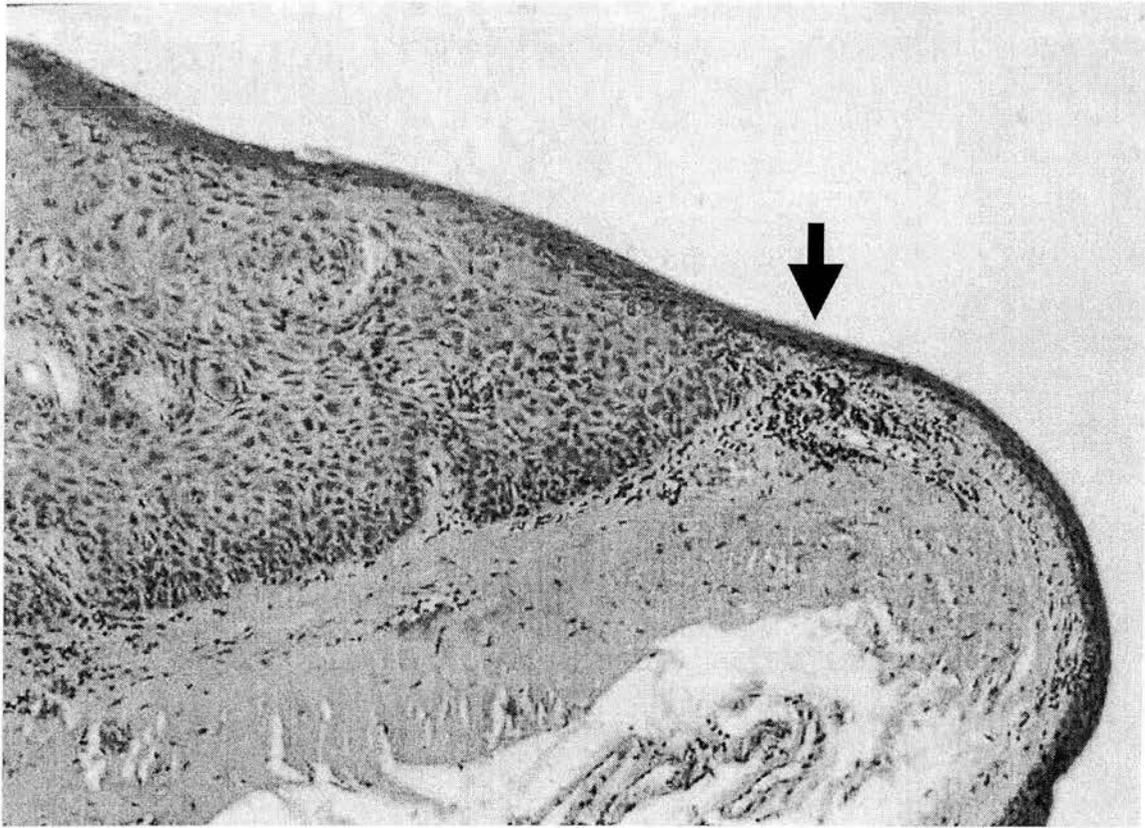


Foto 1. Queratosis Actínica. En esta fotomicrografía de un corte histológico teñido con hematoxilina y eosina podemos observar donde se encuentra la flecha la brusca transición de un epitelio normal a uno con acantosis.



Foto 2. Queratosis Actínica. Aquí se puede observar la paraqueratosis.

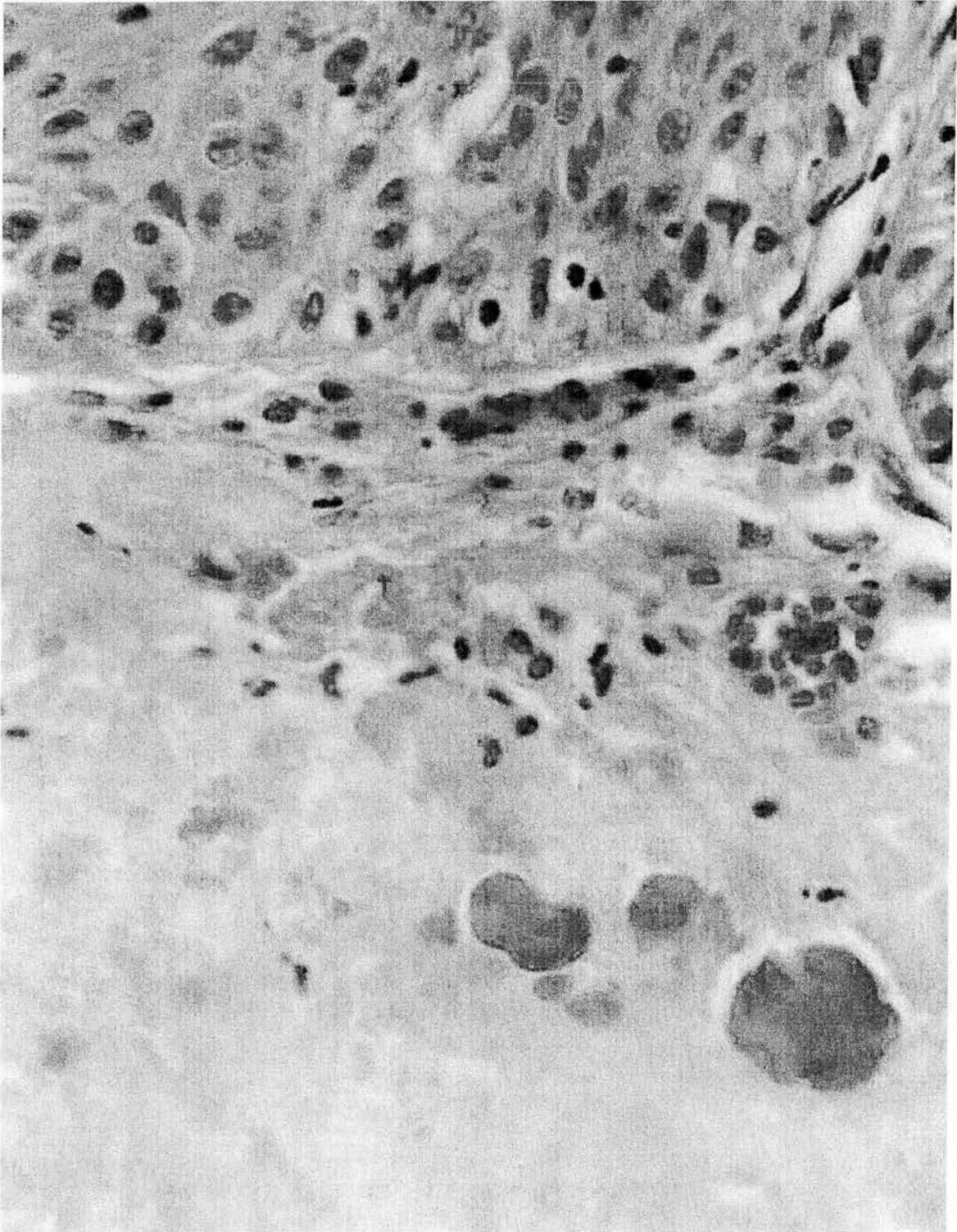


Foto 3. Queratosis Actínica. Elastosis de la sustancia propia.

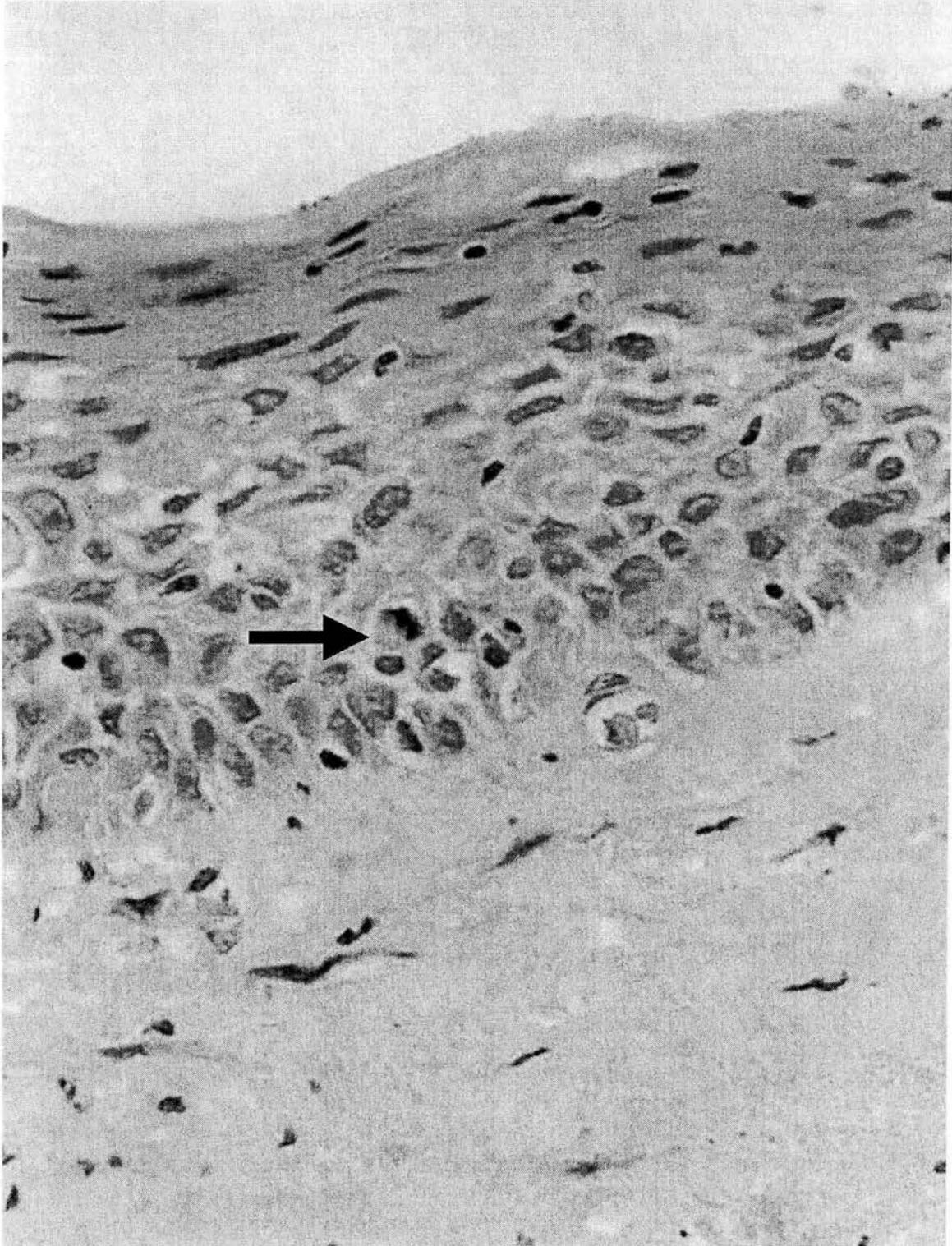


Foto 4. Queratosis Actínica. La flecha muestra una figura de mitosis en el tercio inferior del epitelio.

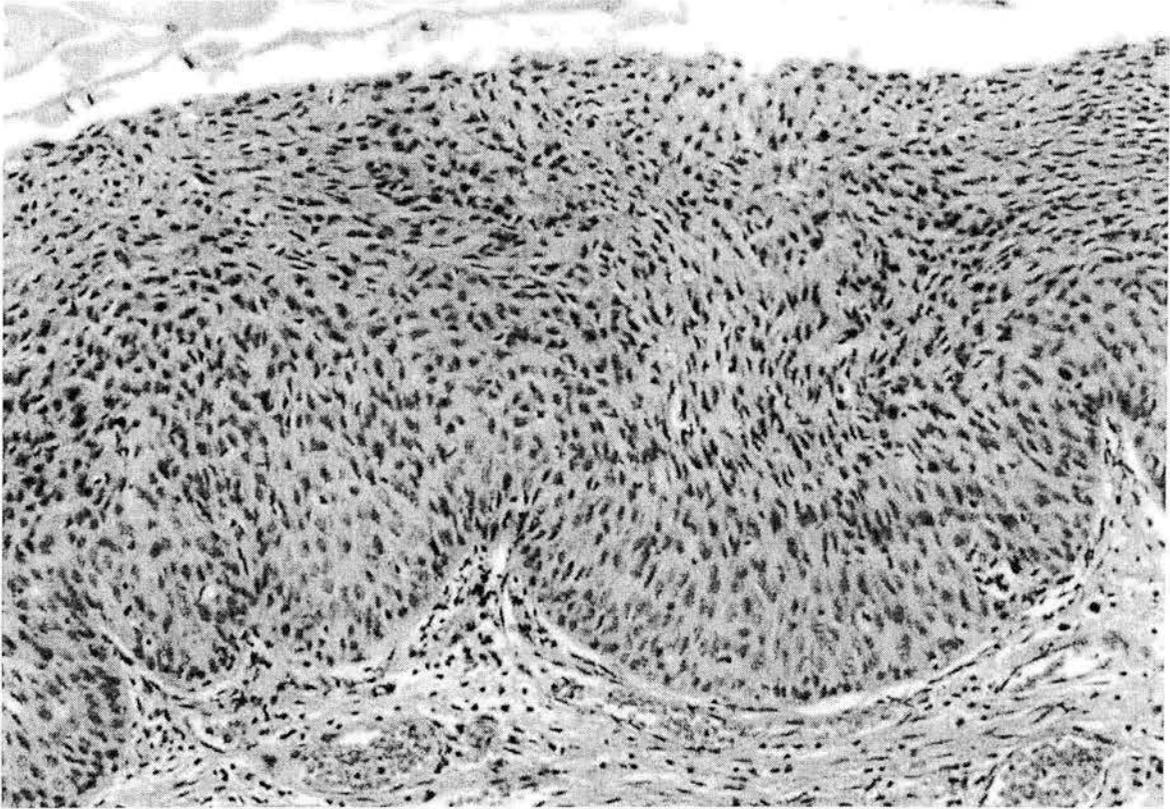


Foto 5. Carcinoma Intraepitelial. Se observa desorganización del epitelio en todas las capas, ausencia de paraqueratosis, así como integridad de la membrana basal.

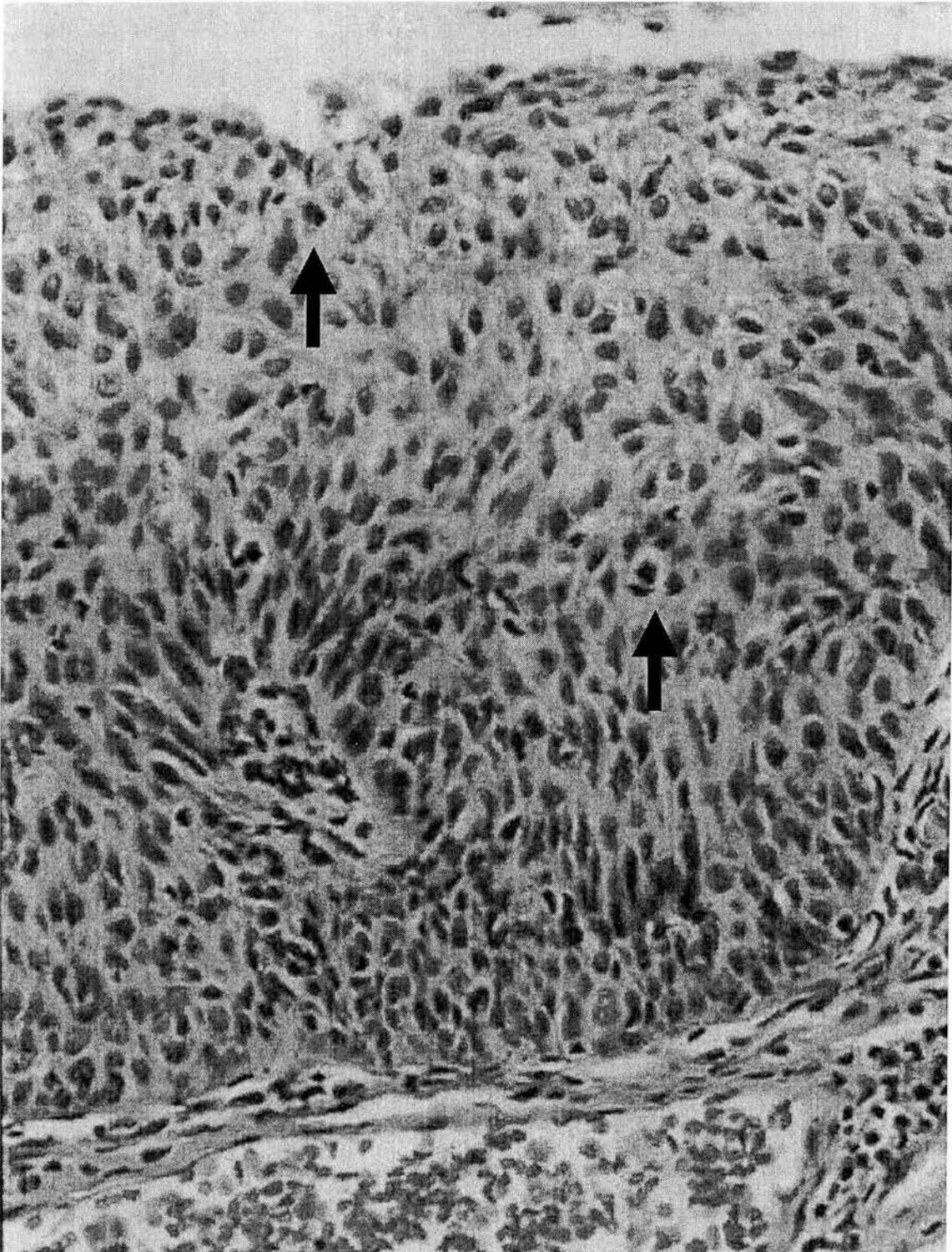


Foto 6. Carcinoma Intraepitelial. Las flechas señalan figuras de mitosis en tercio medio y superior del epitelio.