

23
24 11234



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

PAPILOMA CONJUNTIVAL
CARACTERISTICAS DE PRESENTACION
Y MANEJO

FALLA DE ORIGEN

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
OFTALMOLOGIA
P R E S E N T A :
DR. ROLANDO OLGUIN MALDONADO



IMSS

MEXICO, D. F.

1991



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.

INDICE

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	1
ESTUDIO REALIZADO	12
RESULTADOS	15
DISCUSION	21
CONCLUSIONES	29
TABLAS	30
BIBLIOGRAFIA	31

I N T R O D U C C I O N

La patología inflamatoria e infecciosa de conjuntiva y saco lagrimal es tomada con demasiada ligereza y actitud de suficiencia por algunos cirujanos oftalmólogos. Más aún, - - algunos tumores conjuntivales como los papilomas no son adecuadamente estudiados y para otros carece de importancia clínica.

Consideramos nuestra obligación dar a conocer la experiencia del servicio de Oncología Oftalmológica del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social.

A N T E C E D E N T E S

La conjuntiva, topográficamente, se divide en tres zonas: palpebral, bulbar y conjuntiva del fondo de saco - - - ("fórnix"). Histológicamente es una membrana mucosa compuesta por epitelioescamoso no queratinizado y células de globet sobre su superficie; además una substancia propia rícamente - - vascularizada. El epitelio consiste de dos a cinco capas de células en espesor. Las células basales son cuboideas y se encuentran envolviendo a células poliédricas aplanadas, conforme alcanzan la superficie. Las células de globet son glándu-

las mucosas unicelulares y se concentran en la porción inferior y medial de la conjuntiva, sobre todo en el área de la carúncula y pliegue semilunar. La sustancia propia también contiene vasos linfáticos, con acumulos variables de linfocitos, células plasmáticas, macrófagos y células mastoideas.

La irrigación está dada a expensas de las arterias ciliares anteriores y la inervación por ramas de la división oftálmica del nervio trigémino ^(1,2).

El sistema de drenaje lagrimal comprende el canalículo superior e inferior, el saco lagrimal y el conducto lagrimonasal.

El punto lagrimal y los canalículos están revestidos de una capa de epitelio escamoso estratificado no queratinizado, el cual emerge como el epitelio del borde palpebral. Cerca del saco lagrimal el epitelio cambia a una capa doble: una superficie columnar y otra profunda de células aplanadas.

Conocer las estructuras anatomohistológicas de la conjuntiva y anexos nos permitirá comprender el comportamiento de los papilomas, su evolución, tratamiento y pronóstico dependiendo de la localización de los mismos. Además podremos asumir criterios clínicos de diagnóstico, quirúrgico y epide--

miológicos al enfrentarnos a padecimientos como el mencionado.

P A P I L O M A

El papiloma es un tumor epitelial benigno caracterizado por neoformaciones cutáneas o mucosas, con proyecciones - digitiformes de tipo epitelial y fibrovascular proliferante -- que dan aspecto clínico típico de "fresa" ("mora", "coliflor" ó "frambuesa"), y en cuya etiología se ha implicado el papilomavirus humano.

P A P I L O M A T O S I S

Nos referimos con este término a múltiples neoformaciones en uno o ambos ojos, teniendo predilección por el canto interno y epitelios de transición, aunque pueden localizarse - a cualquier nivel de la conjuntiva y/o piel de párpados^(4,22).

P A P I L O M A I N V E R T I D O

Es también un tumor benigno de las membranas mucosas que típicamente compromete mucosa nasal, senos paranasales y - saco lagrimal^(11,17,12,13,14,15,15,24). Consiste en pliegues de epitelio papilomatoso invaginado en el estroma subyacente - --

(crecimiento endofítico), en vez de seguir el patrón exofítico clásico del papiloma común.

A N T E C E D E N T E S H I S T O R I C O S

Desde el siglo pasado es que se conocen reportes sobre papiloma conjuntival⁽⁴⁾. Es más, dichos reportes ya establecieron el carácter benigno del mismo y su historia natural (Norris, 1879; Magnus, 1887; Coggin, 1894; Grunnert, 1899; - - Ayres, 1891; Gayet, 1879 y otros)⁽⁴⁾.

En 1904, Vehagen revisó 90 casos reportados por 60 - autores; Freytag en 1915, reportó otros 34 casos reportados -- por otros 29 autores. En la serie de Ash (1950) se reporta-- ron 138 papilomas de un total de 933 tumores epibulbares, sien do una de las series más grandes.

Los últimos reportes que se tienen sobre papiloma -- enfocan sobre todo a la etiología, y en nuestro medio, carece-- mos el comportamiento del mismo. El papiloma invertido se -- incluirá en nuestra revisión, pues secundariamente compromete la conjuntiva. Esta lesión confinado sólo a patología - de senos paranasales y nasal, es actualmente una lesión con -- características agresivas que también compromete sistema de --

drenaje lagrimal (canalículos y saco lagrimal) y rara vez conjuntiva^(10,25) y/o como consecuencia de invasión a estructuras oculares desde senos paranasales o cavidad nasal^(8,9).

C L A S I F I C A C I O N

Se clasifica a los papilomas conjuntivales, desde el punto de vista etiológico y topográfico.

- CLASIFICACION ETIOLOGICA

1.- Papilomas de Origen Viral o Infecciosos:

Este tipo de papilomas se considera de origen -- viral (papilomavirus humano)^(5,6,7,25). Clásicamente se presenta en gente joven y niños, pueden ser múltiples y bilaterales. Se localizan en conjuntiva bulbar, fondo de saco y carúncula; son pediculados y con apariencia de fresa, de color rosado y de consistencia blanda. Pueden coexistir a veces con verrugas en párpados u otros sitios y pueden diseminarse a otras -- mucosas y a globo ocular.

2.- Papilomas no Infecciosos o de Naturaleza Neoplásica:

Estos papilomas son más frecuentes en adultos y ancianos, tienen estrecha relación con la exposición al sol, -

generalmente son unilaterales y únicos. Son sésiles o difusos y habitualmente se encuentran en el limbo, donde topográficamente tienen tres variantes⁽⁴⁾. Tienen tendencia a permanecer planos, con diseminación a conjuntiva y córnea.

Histológicamente los dos tipos de papiloma según su etiología son indistinguibles.

- CLASIFICACION TOPOGRAFICA

1.- Papilomas Conjuntivales:

Se localizan en conjuntiva bulbar, tarsal, - - - carúncula y pliegue semilunar ó con compromiso de borde libre de párpado.

2.- Papilomas Límbicos:

Usualmente de etiología neoplásica, tiene tres - variantes.

2.1 Originados en limbo sin tendencia a la invasión

2.2 Originados en conjuntiva paralímbica, con tendencia a invadir lentamente a córnea⁽⁴⁾

2.3 Papilomas originados en limbo con desarrollo - - total hacia córnea.

Son los papilomas de localización en el limbo los -- que más importancia tienen desde el punto de vista pronóstico, ya que a veces se asocian a carcinoma epidermoide de conjuntiva

va ó córnea, o simulan la misma.

3.- Papilomatosis

4.- Papiloma Invertido

El papiloma invertido representa el 47% de los tumores benignos de mucosa nasal y paranasal^(11,12). Se ha sugerido que ellos se inician de la membrana de Schneiderian (por lo que también se le conoce como papiloma tipo transicional de Schneiderian), el epitelio respiratorio ectodérmico, de los cornetes y senos paranasales^(13,14). Este tumor se comporta con características invasoras y destructivas, aunque de lento crecimiento; bajo ciertas circunstancias puede ser productor de hormonas⁽¹⁵⁾. La localización ocular es rara.

C L I N I C A

Los síntomas dependen de la localización, pueden ser asintomáticos, o asociarse a conjuntivitis crónica o reacción folicular, los papilomas límbicos producen sensación de cuerpo extraño.

En el caso de los papilomas invertidos, por su localización y compromiso de saco lagrimal, hay lagrimeo, presencia de masa cantal y sobre todo compromiso de fosas nasales --

por su localización frecuente y primaria a éste nivel.

HISTOPATOLOGIA

Papiloma Conjuntival: Hay epitelio escamoso hiperplásico no queratinizado sobre un delicado núcleo fibrovascular, conteniendo también células de globet, aunque en mayor número en las lesiones polipoides que en las sésiles. La membrana basal conjuntival está intacta. Son raras la epidermización y queratinización a menos que haya franca exposición de la lesión^(4,8).

Papiloma Invertido: Compuesto por lóbulos de células epiteliales hiperplásicas, con tendencia a extenderse dentro el estroma. Estas células están mezcladas con células de globet, y a diferencia de los papilomas de la nariz y senos paranasales, rara vez muestran áreas de displasia⁽⁸⁻¹⁷⁾.

Potencial de Malignización:

Se ha postulado que el papiloma virus humano-11 (cuando se presenta) induce proliferación no invasiva; y, que si ocurre malignización subsecuente, depende de otros cofactores: carcinogénicos (radiación), predisposición genética ó la infección con otro virus oncogénico.

Es conocido que los papilomas de localización límbica o a nivel del borde libre del párpado (epitelios de transición) tienen mayor tendencia a recurrir o presentar transformación maligna. Así mismo, muchos estudios han reportado la presencia de el desarrollo subsecuente de carcinoma de células escamosas o adenocarcinoma de células transicionales en 10 - - a 30% de los pacientes con papiloma nasal invertido (10-17).

D I A G N O S T I C O D I F E R E N C I A L

El diagnóstico diferencial se realiza con toda tumoración benigna o maligna:

- Melanoma maligno de conjuntiva
- Dacriocistitis crónica (papiloma invertido de saco lagrimal).
- Granuloma piógeno
- Carcinoma epidermoide (sobre todo intraepitelial)
- Fibromas conjuntivales
- Leucoplaquias de origen a determinar

D I A G N O S T I C O

Básicamente el diagnóstico es clínico, por el aspecto típico de tumor con aspecto de "fresa". Sin embargo la -- ayuda que nos brinda la citología conjuntival en confirmar el

diagnóstico y de alguna manera darnos el pronóstico, es valioso⁽¹⁸⁾, aunque para realizar la misma se requiere entrenamiento en la toma de la muestra y en la interpretación de la misma. - No hay duda que el diagnóstico definitivo la da la histopatología.

T R A T A M I E N T O

Se han realizado muchos tipos de tratamiento y cada autor menciona las ventajas de su preferencia, sin embargo, - no hay duda que el tratamiento más barato y efectivo es el -- escisión.

- Inmunoterapia local (dinitroclorobenceno)⁽¹⁹⁾
- Escisión más crioterapia⁽²⁰⁾
- Escisión con láser de bióxido de Carbono⁽²¹⁾
- Radioterapia
- Electrofulguración
- Alfa - interferón⁽²¹⁾
- Escisión quirúrgica

P R O N O S T I C O

Los papilomas son lesiones benignas, aunque pueden - mostrar gran recurrencia, sobre todo los de etiología viral. -

El grado de malignización está en relación a su concomitancia con otros tumores malignos de conjuntiva.

ESTUDIO REALIZADO

Planteamiento del Problema:

En nuestro medio no conocemos la frecuencia real ni sus características de los papilomas conjuntivales. Sólo se tienen reportes aislados^(27,23,18) que no nos dan pautas sobre nuestra real experiencia sobre los mismos.

Es para nosotros importante dar a conocer la experiencia del servicio de Oncología Oftalmológica del Hospital de -- Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en cuanto al diagnóstico y manejo de los papilomas conjuntivales, así como su frecuencia y pronóstico.

Objetivo:

Revisamos los expedientes con diagnóstico clínico -- inicial de papiloma de conjuntiva de marzo de 1973 a diciembre de 1990 en el servicio de oftalmología del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Diseño:

Se realiza un estudio retrospectivo, longitudinal -- descriptivo y observacional.

Procedimiento:

Los sujetos de la investigación son los expedientes del archivo genetal del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional del Siglo XXI, previamente captados con diagnóstico clínico inicial de papiloma de conjuntiva, en el servicio de oftalmología del mismo Hospital.

Recursos:

Los únicos recursos utilizados son los propios expedientes de los pacientes en cuestión y el trabajo realizado -- por los responsables del estudio.

Etica:

Los nombres de los pacientes quedan en el anonimato. No es una investigación directa en humanos, por lo que no haremos consideraciones al respecto.

Interpretación de los Resultados:

Una vez obtenida la información, se ordena, agrupa y clasifica de acuerdo a los criterios de la investigación.

Tratamiento Estadístico:

Se realiza de acuerdo y con la supervisión del per--

sonal especializado en la materia.

RESULTADOS

Se revisaron 99 expedientes con diagnóstico clínico de papiloma de conjuntiva, de los cuales 88 se confirmaron - histopatológicamente (88.8%) y 11 correspondieron a otros tipos de tumores de conjuntiva (11.1%).

De los 88 casos confirmados histológicamente como papilomas de conjuntiva se ordenó y clasificó los datos necesarios para realizar el análisis.

Síntomas:

Tabla 1.- Los síntomas fueron inespecíficos en algunos casos y básicamente se relacionaron con sensación de cuerpo extraño, prurito, lagrimeo e hiperemia conjuntival. Hubo un porcentaje significativo de casos asintomáticos y en menor número (clasificado como otros) síntomas como exoftalmos y - obstrucción nasal (en caso de los papilomas invertidos), sangrado de la lesión, dolor ocular, secreción purulenta.

Sexo:

Tabla 2.- Hubo franco predominio del sexo masculino (60.2%) contra 39.8% en el sexo femenino.

Edad:

Tabla 4.- Los papilomas se presentan a cualquier edad, sin embargo mostró mayor frecuencia entre la quinta y sexta décadas de la vida (22.3 y 26.1% respectivamente). El paciente con menor edad de presentación fué de 8 años y el de mayor edad fué de 84 años (promedio 46 años).

Localización:

Se clasificó a los papilomas en los 3 grupos previos (papilomas conjuntivales propiamente, las papilomatosis y los papilomas invertidos), su relación está en la tabla 5. Se encontró mayor frecuencia en la localización bulbar (40.9%, 36/38), en el limbro 23/88 (26.1%). Los de localización tarsal incluyen a los papilomas localizados en borde libre de párpado con compromiso de conjuntiva tarsal, totalizando 19/88 (21.6%). Las papilomatosis correspondieron a 6.8% (6/88) y los papilomas invertidos 5.5% (4/88).

Morfología:

Los papilomas sésiles fueron más frecuentes 55/88 (62.5%) que los pediculados, 33/88, 37.5%

Diagnóstico Citológico:

De los 88 papilomas, tan sólo 48 (48.5%) tenían citología (tabla 6) de los cuales sólo 15 (31.25%) confirmaron el diagnóstico de papiloma, 14 reportaron displasia de leve a severa (29.16%), 11/48 con escaso material y 8/48 reportaron inflamación grado I y II. Lastimosamente no está reportado si los papilomas tenían cuerpos de inclusión que hicieran sospechar etiología viral, ya que ésta podría ser de gran ayuda al hacer el análisis etiológico de los papilomas.

Cambios Histológicos Premalignos:

En 10 casos de 88, se reportó histológicamente (tabla 8) la presencia de cambios malignos concomitantes al diagnóstico de papiloma. Llama la atención este hecho y es de importancia, ya que corresponde al 11.36% del total. Los papilomas localizados en límbo (5/23, 21.7%) son los más representativos sobre todo si tienen invasión a córnea, donde se reportó displasia severa. Un caso de localización en conjuntiva bulbar (1/36, 2.78%), dos casos de conjuntiva tarsal y borde libre de párpado (2/19, 10.5%) con atipia moderada y un caso de papiloma invertido con atipia moderada (1/4, 25%). Este hecho muestra que los de localización en límbo y los papilomas invertidos tienen hasta 10 veces más probabilidad de presentar cambios malignos, por tanto de malignizarse, que los de localización puramente bulbar (estadísticamente significativo, con p menor a 0.01).

Diagnóstico Diferencial:

Ver tabla 9, de los 99 diagnosticados clínicamente -- como papilomas, 11 (12,5%) resultaron ser falsos positivos histológicamente siendo la sensibilidad del diagnóstico clínico -- del 87.5%.

El diagnóstico diferencial más importante con el que debe hacerse el papiloma es con el carcinoma epidermoide, sobre todo si es carcinoma intraepitelial o in situ. En casos de - invasión corneal siempre debería sospecharse.

Tratamiento:

Todos los pacientes con diagnóstico histológico de -- papiloma fueron sometidos a tratamiento (ver tabla 10). De los cuales, 84 (95.45%) fueron sometidos a escisión quirúrgica, y - 4 recibieron como tratamiento de primera instancia, la electrofulguración (4.54%). Los pacientes electrofulgurados, presentaban lesiones en o cerca del canaliculo o punto lagrimal (2/4) y papilomatosis (2/4).

Las electrofulguraciones se realizaron para disminuir la morbilidad que causaría a nivel del punto lagrimal y el canaliculo lagrimal la escisión quirúrgica y en el caso de las papilomatosis para disminuir el tamaño de las lesiones y hacer más accesible un tratamiento quirúrgico.

Recidiva:

De los 84 casos operados de primera instancia, 78 -- (89.6%) se curaron y no recidivaron (81.96 - 95.24%), con un IC del 95%. Seis pacientes recidivaron (11 y 12) y posteriormente fueron nuevamente sometidos a cirugía y no recidivaron hasta su último control. Los cuatro pacientes sometidos a -- electrogulguración, recidivaron (100%, que es altamente significativo, p menor a 0.001) y también fueron posteriormente so -- metidos a cirugía y no recidivaron hasta su último control.

En la tabla 12 se especifica el número de pacientes que recivaron, tipo de cirugía que se realizó, intervalos de -- recidiva en meses y el tiempo total de seguimiento hasta su -- último control.

En base al primer tratamiento realizado, se realizó una curva de recidiva, según el cual el número de recidivas, -- tiene mayor tendencia a incrementarse cuanto menor es el ti -- empo de recidiva. Por el contrario, la probabilidad de reci -- diva subsecuente será menor si el tiempo de la primera reci -- diva fué mayor, ver tabla 12 y gráfica 1.

El tiempo menor de recidiva fué de dos meses y el -- mayor de 48 meses promedio de 25 meses.

SEGUIMIENTO:

Ver tabla 13. El seguimiento de los pacientes, posterior al tratamiento fué variable. Básicamente tenemos 3 -- picos, una en el primer semestre de seguimiento (22/88), después del cual generalmente los pacientes abandonan el control al sentirse bien. El segundo pico es en el segundo semestre de seguimiento (26/88), donde generalmente los pacientes también abandonan el control periódico al sentirse bien. Y el -- tercer pico en el cuarto semestre de seguimiento, en el cual los pacientes generalmente son dados de alta a su hospital -- general de zona a controles periódicos. Hay un paciente con control hasta de 12 años.

DISCUSION.

Consideramos que no hay duda que los papilomas, son lesiones frecuentes en conjuntiva⁽²⁷⁾ y en nuestro servicio se encuentra entre las cinco primeras causas tumorales. Conocer las características, evolución y pronóstico en nuestro medio es de importancia ya que sólo a través de ella podremos asumir conductas adecuadas de la experiencia que adquiramos en su manejo.

En este trabajo comprobamos que la clínica y las características signológicas tienen una elevada sensibilidad para realizar el diagnóstico (87.5%) y que los falsos positivos correspondieron al 12.5%. Esto se debe básicamente a la imagen clásica de su presentación con apariencia de "mora" ó "fresa". Sin embargo como veremos después éste signo no es patognomónico y deberá descartarse otras patologías conjuntivales.

Los síntomas son inespecíficos, siendo la sensación de cuerno extraño, prurito, lagrimeo e hiperemia conjuntival los síntomas cardinales. También, como está reportado en la literatura universal hay un porcentaje significativo de casos asintomáticos, sobre todo los que tienen localización en fondos de saco conjuntival (cuadro 1). La localización a nivel límbico son los que más sintomatología refieren por la loca-

lización estratégica y su relación que tiene con el parpadeo.

Como se había indicado en el marco teórico, los papilomas, sobre todo los de naturaleza tumoral, aparentemente tienen relación con la exposición al sol. Con base en esto, podríamos aceptar que el cuadro sea más frecuente en los varones (tabla 2).

La edad de presentación de los papilos no está restringido, ya que la misma puede presentarse a cualquier edad, sin embargo es en la quinta y sexta décadas de la vida que presenta mayor frecuencia^(tabla 4). Si bien no se hizo el análisis por falta de datos, la presentación en niños y jóvenes es más probable que se deba a un origen viral y cuando la presentación es en la edad adulta, lo más probable que el papiloma sea de naturaleza tumoral. Sin embargo no hay reglas absolutas al respecto.

Como es de esperarse, la localización bulbar de los papilomas fué lo más frecuente (40.9% tabla 5). Los papilomas tienen un porcentaje significativo y de importancia, ya que éste tipo de papilomas son los que tienden a recurrir, no por su localización, sino por su probable etiología viral. Se deberá tomar en cuenta que éste tipo de papilomas son, además, difícil de manejar y requieren en más de una ocasión, trata---

miento quirúrgico o previamente una electrofulguración.

Los papilomas invertidos, en nuestra serie, resultaron de un foco primario a nivel de senos paranasales (sobre todo antro maxilar) y éste compromiso secundario de la conjuntiva y órbita por el papiloma invertido ya es conocido y es de importancia su sospecha, ya que requiere un manejo multidisciplinario con el servicio de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello, por el carácter agresivo del tumor.

De los 88 casos revisados con diagnóstico de papiloma, en sólo 48 (48.5%) se realizaron citología conjuntival como un medio para corroborar la impresión clínico inicial (tabla 6), de los cuales tan sólo 15 (31.25%) confirmaron el diagnóstico de papiloma; 14 (29.16%) reportaron displasia leve a severa; en 11 caso- (22.44%) se reportó escaso material y 8 (16.66%) con inflamación clase I y II. Sin duda alguna el porcentaje de sensibilidad del diagnóstico citológico podría ser mayor, si la misma se realiza por personal capacitado para la toma de muestra (evitar la deshidratación de las células y fijarlo a tiempo, tomar el material suficiente y del lugar adecuado) y para la interpretación de la misma. Creemos que la citología conjuntival es buen método de diagnóstico de lesiones conjuntivales malignas y premalignas. El reporte de algún grado de displasia, más aún si es severo. debería hacernos --

sospechar el carácter agresivo de la misma y la posibilidad de lesión maligna o concomitantemente maligna.

Para corroborar lo anteriormente dicho, tuvimos 4 casos de lesiones concomitantes a papiloma histológicamente confirmadas, que fueron malignas en diferentes grados de su evolución (tabla 7). La localización de los papilomas asociados a lesiones premalignas o malignas es importante, ya que la localización a nivel de los epitelios de transición (límbo y borde libre de párpado) es estadísticamente significativo con relación a la localización puramente conjuntival (p menos a 0.01%). Según estos datos, la localización límbica de los papilomas tienen aproximadamente 10 veces más probabilidades de presentar cambios malignos que los de localización puramente bulbar; la relación es más o menos similar con respecto al papiloma invertido, donde la probabilidad de malignización de la lesión es significativa.

El mayor porcentaje de lesiones asociadas a los papilomas e histológicamente reportadas son los diferentes grados de displasia. Es importante remarcar que el carcinoma epidermoide el tumor que con mayor frecuencia se asocia (tabla 7). 6 es antecedido por el papiloma de conjuntiva con localización a nivel del imbo, mayor ésta asociación, si el papiloma es invasor agresivo de la córnea. En estos casos siempre uno debe descartar la posibilidad de un carcinoma epidermoide de con--

juntiva o córnea y el tratamiento deberá ser realizado con los mayores cuidados posibles.

El diagnóstico diferencial clínico (tabla 9) es importante con el carcinoma epidermoide, pues lesiones (4/11) que clínicamente aparentaban ser papilomas, resultaron carcinomas en el reporte histopatológico. Otras lesiones que simularon clínicamente papiloma fueron: hiperqueratosis, queratoacantoma, - - pseudotumor inflamatorio del párpado, hiperplasia epitelial de conjuntiva, quiste infundibular y nevo intradérmico. En algunos casos los papilomas pueden estar muy pigmentados (alrededor de la lesión, en su base o sobre su superficie) y hacernos confundir con un melanoma de conjuntiva u otras lesiones melánicas. En estos casos el apoyo de la citología conjuntival, antes mencionada, nos puede ser de gran utilidad.

A pesar de 11/98 casos de error en el diagnóstico clínico, sigue siendo la clínica el método de diagnóstico primario y tomando en cuenta las consideraciones antes descritas, no debería haber problemas, en términos generales, en su diagnóstico. En caso de los papilomas invertidos, el cambio a seguir no es tan sencillo, pues habitualmente los pacientes ya tienen antecedente de manejo de su problema por el otorrinolaringólogo y ocasionalmente vienen por proptosis. En estos casos otros estudios de importancia son: la radiografía simple de senos paranasales, la tomografía axial computada (T.A.C.)

de senos paranasales y órbitas. Estos dos estudios paraclínicos son de importancia capital en el diagnóstico para realizar el pronóstico y el tipo de abordaje terapéutico. Generalmente ya vienen con el diagnóstico o la sospecha clínica de papiloma invertido de senos paranasales versus un carcinoma epidermoide de senos paranasales (más frecuentemente afectado al antro - - maxilar) con invasión secundaria de órbita, vía lagrimal y/o - conjuntiva. Como ya dijimos, es importante el manejo conjunto de este tumor con otras especialidades afines al problema.

Todos los pacientes captados con diagnóstico histológico de papiloma de conjuntiva, fueron sometidos a tratamiento (tabla 10). De los 88 pacientes, 84 (95.45%) fueron sometidos a escisión quirúrgica simple, en algunos casos tuvo que realizarse, dependiendo de la amplitud de la lesión, plastía del lecho quirúrgico con injerto de mucosa oral o nasal. En caso de los papilomas invertidos, se realizó extirpación de la lesión más legrado o maxilectomía de senos paranasales comprometidos. A 4 pacientes se les realizó electrofulguración (2 casos correspondieron a papilomatosis y otros dos a papiloma en ó cerca -- del punto lagrimal y canaliculo lagrimal). Se usó este último procedimiento, para disminuir el tamaño de las lesiones o quitarlas completamente, con el fin de disminuir la morbilidad -- que supondría la escisión quirúrgica al lesionar el punto lagrimal, canaliculo lagrimal o simplemente estar obligado a realizar resecciones conjuntivales amplias por las características de las lesiones. El mayor número de lesión fueron realiza

das en sala de biopsias con todas las técnicas de asepsia y -- bajo anestesia local. Pocos fueron los casos que se operaron en quirófano y bajo anestesia general. Estos generalmente requirieron uso de microscopio y colocación de injerto. Los papilomas invertidos, todos (4/88) fueron sometidos a cirugía -- bajo anestesia general en la sala de quirófano.

De los 84 pacientes operados de primera instancia, - 78 se curaron y no recidivaron (tabla 10 y tabla 11); 6 casos recidivaron. De los 4 pacientes sometidos a electrofulguración, - todos recidivaron (100%) es altamente significativo (p menor a 0.001), el tiempo de recidiva, tipo de tratamiento y tiempo -- total de seguimiento se explica en el cuadro 12.

El número de recidivas fué del 11.36% (10/88) habiendo dos recidivas en 7 pacientes, una recidiva en 2 pacientes y tres recidivas en un paciente. La curva de recidiva (gráfica 1) evidenció, que cuanto más temprano es la recidiva, es mayor la probabilidad de una nueva recidiva. Por el contrario si el -- tiempo de la recidiva se alarga, menor es la probabilidad de - que la lesión vuelva a recidivar después del r undo tratamiento. Lastimosamente no tenemos el reporte sobre la probable -- etiología de los papilomas, ya que la misma podría ser de gran utilidad en el análisis y la probabilidad de nueva recidiva; - ya que los papilomas de etiología viral tienen mayor tendencia a la recidiva.

El tiempo menor entre el tratamiento y la recidiva - fué de dos meses, y el tiempo mayor de 48 meses (promedio 25 - meses). Utilizando la técnica de duración de la enfermedad -- por persona, adaptado a este caso, tenemos un valor de 13.81 de recidiva por persona/año.

El tiempo general de seguimiento de los pacientes es variable, pero sin embargo, tenemos tres picos importantes: la primera es de 24/88 pacientes que fueron seguidos de 0 a 6 meses; el segundo pico es de 7 a 12 meses (26/88) y el tercer -- pico de 19 a 24 meses de tiempo de seguimiento (23/88). Hay - listas intermedias siendo la de mayor seguimiento en un pacien - te, por espacio de 12 años. Estos tres picos podrían expli - carse por el hecho de que los pacientes, en general la mayoría al verse y sentirse libres de su "dolencia" abandonan su con - trol postoperatorio al percatarse que dichos controles son - - sólomente de observación y probable detección de recidiva u - otras lesiones y que no recibe ningún tratamiento. Muchos pa - cientes abandonaron y otros fueron dados de alta a su hospital general de zona p-ra controles periódicos; sin embargo no pu - dimos obrenner los datos de la misma.

Todos los pacientes que recidivaron fueron sometidos a cirugía y no volvieron a recidivar hasta su último contro..

CONCLUSIONES:

- 1.- Los papilomas de conjuntiva están comprendidos entre los cinco tumores más frecuentes de conjuntiva.
- 2.- Habitualmente son lesiones únicas, aunque pueden presentarse en forma múltiple (papilomatosis).
Morfológicamente el tipo sésil es más frecuente que el polipoide.
- 3.- El diagnóstico es clínico, con una sensibilidad de la misma del 87.5%. Esto debido a su clásico aspecto de clínico de "fresa".
- 4.- El diagnóstico definitivo es el histopatológico.
- 5.- La citología conjuntival es buen método de confirmación diagnóstica, aunque debe ser realizada por personas entrenadas.
- 6.- Es un tumor pre-maligno, sobre todo cuando, se localiza a nivel de los epitelios de transición y puede concomitantemente asociarse a otras lesiones malignas de conjuntiva o córnea.
- 7.- Es más frecuente en el sexo masculino, se presenta a cualquier edad aunque es más frecuente en la quinta y sexta décadas de la vida.
- 8.- El tratamiento ideal y más accesible es la cirugía con escisión del tumor.

- 9.- La electrofulguración debe usarse sólo cuando hay diagnóstico histológico previo, como procedimiento antes de una cirugía o cuando el tumor se localiza en o cerca del punto y canalículo lagrimal.
- 10.- Es importante el control postoperatorio periódico por posibilidad de malignización.
- 11.- Los papilomas invertidos deben tomarse en cuenta en el diagnóstico diferencial de tumores de conjuntiva y órbita. Tienen un carácter agresivo y potencialmente maligno. La conjuntiva generalmente se compromete en forma secundaria a papilomas localizados en senos paranasales.
- 12.- El pronóstico de los papilomas conjuntivales es bueno sin embargo deberá tomarse en cuenta todas las características y variantes de presentación para su valoración adecuada.

TABLA I SINTOMATOLOGIA

	No.	Porcentaje
Sensación de cuerpo extraño	33	37.5 %
Prurito	30	34.1 %
Lagrimo	29	32.9 %
Hiperemia	24	24.3 %
Asintomático	16	18.2 %
Otros	9	10.2 %

Datos expresados en número total de casos y porcentaje.

Tabla 2 PAPILOMAS SEGUN SEXO

Sexo	Número	Porcentaje
Femenino	35	39.8 %
Masculino	53	60.2 %
T o t a l	88	100 %

Tabla 4 PAPILOMAS SEGUN EDAD - 88 CASOS

Edad	Número	Porcentaje
0 - 10	1	1.1 %
11 - 20	2	2.3 %
21 - 30	8	8.0 %
31 - 40	12	13.7 %
41 - 50	20	22.3 %
61 - 70	23	26.1 %
71 - 80	4	4.5 %
81 - 90	3	3.4 %
Total:	88	100 %

TABLA 5 PAPILOMAS SEGUN SU LOCALIZACION

	Número	Porcentaje
Conjuntiva		
Bulbar	36	40.9 %
Limbo	23	26.1 %
Tarsal	19	21.6 %
Papilomatosis	6	6.8 %
Papiloma Invertido	4	5.5 %
T o t a l	88	100 %

TABLA 6 DIAGNOSTICO CITOLOGICO

15 confirmaron Papiloma	31.25 %
14 Reportaron Displasia	29.16 %
11 Reportaron Escaso Material	22.44 %
8 Reportaron Inflamación --- Clase I-II	16.66 %
Número total de citologías (48)	48.5 %

TABLA 7 LOCALIZACION DEL PAPILOMA Y DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO CONCOMITANTE

Número	Localización	Diagnóstico Diferencial
2	Límbo invasor a córnea	Carcinoma Epidermoide Intraepitelial
1	Límbo Invasor a córnea	Carcinoma Epidermoide Ulcerado e Invasor
1	Bulbar Invasor a córnea	Carcinoma Intraepitelial In Situ

4.54 de un total de 88 papilomas

TABLA 8 LOCALIZACION DEL PAPILOMA Y SU RELACION CON CAMBIOS HISTOLOGICOS PREMALIGNOS (10 CASOS)

Limbo Invasor a Córnea	5	Displasia Severa
Bulbar	1	Displasia Severa
Tarsal	2	Atiopia Moderada
Invertido	1	Atiopia Moderada

11,36 % de un total de 88 casos

**TABLA 9 LESIONES CLINICAMENTE DIAGNOSTICADAS COMO PAPILOMAS
CON DIFERENTE DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO (11 CASOS)**

	Número

Carcinoma Epidermoide	4
Hiperqueratosis	2
Queratoacantoma	1
Pseudotumor inflamatorio palpebral	1
Hiperplasia epitelial de conjuntiva	1
Quiste infundibular	1
Nevo Intradérmico	1

TABLA 10 TRATAMIENTO DE PRIMERA INSTANCIA - 88 CASOS

Tipo de Tratamiento	Número	Porcentaje
Escisión quirúrgica	84	95.45 %
Electrofulguración	4	4.54 %

TABLA 11 NUMERO DE RECIDIVAS

Diez casos recidivaron 11.36 %

Número de recidivas	total de pacientes
1	2
2	7
3	1

TABLE 12 TIEMPO DE RECIDIVAS, LOCALIZACION Y TIPO DE CIRUGIA

Número de Recidivas	Localización	Cirugías Previas	Intervalos (meses)	Tiempo total de seguimiento
3	Canto interno punto lagrimal	2 Electrofulgurac. 1 escisión	2 meses 3 meses 4 meses	12 meses
2	Canto interno	2 electrofulgurac.	2/4 meses	24 meses
2	Canto interno	2 escisiones	6/6 meses	12 meses
2	Papilomatosis	1 electrofulgurac. 1 escisión	12 meses 2 meses	36 meses
2	Papiloma invertido	resección + Maxilectomía	12/12 meses	12 años
2	Papiloma invertido	2 resecciones	5/5 meses	12 meses
2	Canto interno	1 Electrofulgurac. 1 escisión	6/6 meses	36 meses
2	Papilomatosis	escisión/escisión	2/6 meses	6 años
1	Papilomatosis	escisión	48 meses	3 años
1	Limbo	escisión	24 meses	12 meses

TABLA 13 TIEMPO DE SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO

0 - 6 meses	22
7 - 12 meses	26
13 - 18 meses	1
19 - 24 meses	23
3 - 4 años	9
5 - 6 años	5
7 - 8 años	1
9 - 10 años	0
11 - 12 años	1

* RECIDIVAS EN RELACION AL PRIMER TRATAMIENTO *

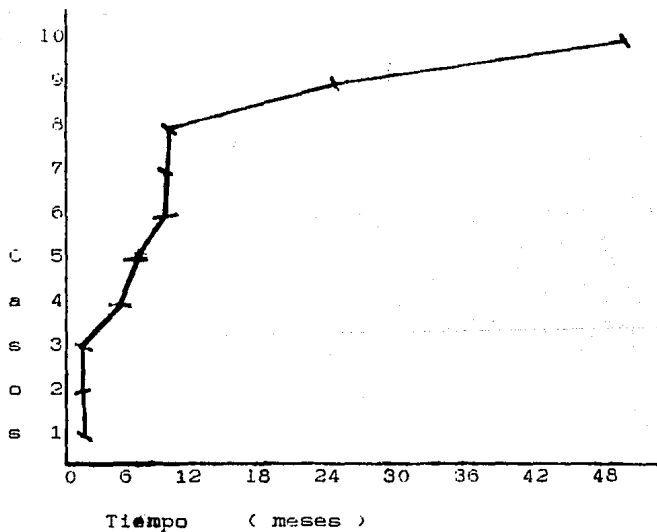


Diagrama No. 1

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- American Academy of Ophthalmology: "FUNDAMENTAL AND PRINCIPLES OF OPHTHALMOLOGY". Basic and Clinical Science Course Section 1 1987 - 1988, pag. 48 - 49.
- 2.- Hogan MJ, Alvarado JA, Weddell JE: "HISTOLOGY OF THE HUMAN EYE". Philadelphia, WB Saunders, 1971, pag. 128 - 235.
- 3.- Wolff, E. "ANATOMY OF THE EYE AND ORBIT". WB. Saunders - Company, Philadelphia, 1971, pag. 61 - 90.
- 4.- Duke-Elder, S.: "DISEASES OF THE OUTER EYE", in Systems of Ophthalmology. St. Louis, C.V. Mosby Co. Vol. VIII, 1965, - pag. 1159 - 1165.
- 5.- Las JH, Jenson AB, Papale JJ, Albert DM: "PAPILLOMAVIRUS - IN HUMAN CONJUNTIVAL PAPILOMAS". Am J. Ophthalmol 1983; - 95: 364 - 368.
- 6.- Las JH, Jenson AB, Grove AS, Pappale JJ, Albert DM, et al: "DETECTION OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS DNA SECUENCES IN CONJUNTIVAL PAPILOMA". Am J. Ophthalmol. 1983; 96: 670-74
- 7.- Lass, JH, Foster CS, Grover AS, et al: "INTERFERON-ALPHA - THERAPY OF RECURRENT CONJUNTIVAL PAPILOMAS" Am J. Ophthalmol 1987; 103: 294-301.

- 8.- Ryan S; Font RL; "PRIMARY EPITHELIAL NEOPLASMS OF THE LAGRIMAL SAC". Am J. Ophthalmol, 1973; 76: 73.
- 9.- Rao NA, Font RL: "MUCOEPIDERMOID CARCINOMA OF THE CONJUNCTIVA. Cancer, 1976: 38; 1699.
- 10.- Streeten BW, Carrillo R. et al: "INVERTED PAPILLOMA OF -- THE CONJUNCTIVA" Am J. Ophthalmol, 1979: 88: 1062-66.
- 11.- Snyder RN, Perzin KH: "PAPILLOMATOSIS OF THE NASAL CAVITY AND THE PARANASAL SINUSES (INVERTED PAPILLOMA. SQUAMOUS -- PAPILLOMA)" Cancer, 1972; 30: 668-90.
- 12.- Vrabec DP,: "THE INVERTED SCHNEIDERIAN PAPILLOMA". Laryngoscope, 1975; 85: 186 - 220.
- 13.- Hyams VJ: "PAPILLOMAS OF THE NASAL CAVITY AND PARANASAL SINUSES A CLINICOBATHOLOGIC STUDY OF 315 CASES". Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology, 1971; 80: 192-206.
- 14.- Majumdar B, Brack S: "INVERTED PAPILLOMAS OF THE NOSE". - Journal of Laryngology and Otolaryngology; 1984; 98:467-70.
- 15.- Egan M, Newman JGB, et al: "ECTOPIC PRODUCTION OF BETA-HUMAN CHORIONIC GONADOTROPIN BY INVERTED PAPILLOMA OF THE NOSE". The Journal of Laryngology and Otolaryngology, 1988 102: 29 - 32.

- 16.- Weber RS, Schillitoe BDS, et al: "PREVALENCE OF THE HUMAN PAPILOMAVIRUS IN INVERTED NASAL PAPILOMAS" Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1988; 114: 23 - 26.
- 17.- Respler DS, Jahn A, Peter A. et al: "ISOLATION AND CHARACTERIZATION OF PAPILOMAVIRUS DNA FROM NASAL INVERTING (SCHNEIDERIAN) PAPILOMAS". Ann Otol Rhinol Laryngol, -- 1987; 2: 170-73
- 18.- Bravo JC, Domínguez B, Galván A: "CITOLOGIA CONJUNTIVAL" - Tesis de Grado, 1985.
- 19.- Petrelli R, Cotlier E, Robins S, et al: "DINITROCHLOROBENZENE IMMUNOTHERAPHY OF RECURRENT SQUAMOUS PAPILOMA OF THE CONJUNTIVA". Ophthalmol- 1981; 88 (12): 1221-25.
- 20.- Harkey, et al: "CRYOTHERAPY OF CONJUNTIVAL PAPILOMATA". Am J. Ophthalmol. 1968; 66: 872.
- 21.- Ikic D, Trajer D, et al "THE CLINICAL USE OF HUMAN LEUKOCYTE INTERFERON IN VIRAL INFECTIONS". Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol, 1981; 19 (11): 498 - 505.
- 22.- Slade CS, Katz NNK, et al: "CONJUNTIVAL AND CANALICULAR PAPILOMAS AND ICHTHIOSIS VULGARIS". Ann Ophthalmol, 1988 20: 251 - 55.

- 23.- Méndez-Fernández R, Castellanos LA: "PAPILOMATOSIS MULTIPLE, CONFLUENTE, RECIDIVANTE DE LA CONJUNTIVA". Rev. Mex Oftalmol. 1988; 62 (5): 193 - 195.
- 24.- Shields J: "DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF ORBITAL TUMORS" - WB Saunders, 1989: pag. 162.
- 25.- Jakobiec FA, Harrison W, Aronian D: "INVERTED MUCOEPIDERMOID PAPILOMAS OF THE EPIBULBAR CONJUNCTIVA" Ophthalmol. 1987; 94: 283 - 287.
- 26.- Mc-Donnell JM, et al: "DNA OF HUMAN PAPILOMAVIRUS TYPE - 16 IN DYSPLASTIC AND MALIGNANT LESIONS OF THE CONJUNCTIVA - AND CORNEA". N Engl. J. Med, 1989; 320: 1442-1445.