

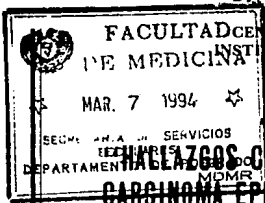
11234
10
2eje.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

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



**AVANCEZCOS CLINICOS E HISTOLOGICOS DEL
CARCINOMA EPIDERMIOIDE DE LA CONJUNTIVA
ESTUDIO RETROSPECTIVO".**

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA
P R E S E N T A :

DRA. LOURDES ERENDIRA CARDONA LEAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



MEXICO, D. F.

1994.




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.

AUTORIZACIONES

	I. M. S. S. Hospital de Especialidades del C. M. N.	
★	FEB. 28 1994	★
JEFATURA DE ENSEÑANZA & INVESTIGACION		

Wacher

DR. NIELS H. WACHER RODARTE
Jefe de Enseñanza e Investigación

[Handwritten signature]

DR. ALBERTO OSIO SANCHO
Jefe de la División de Oftalmología

[Handwritten signature]

DR. BONFILIO DOMINGUEZ CUEVAS
Asesor de Tesis

[Handwritten signature]

DR. ANDRES GALVAN DE LA LUZ
Asesor de Tesis

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DEDICATORIAS

A MI PADRE Y MADRE:

Por la dedicación y el esfuerzo que han hecho durante --- muchos años para que llegara a la culminación de esta meta. A ellos todo mi amor y eterno agradecimiento.

A MIS HERMANOS:

Por su apoyo incondicional, y por toda una vida de lucha juntos.

A YILEM:

Por la maravillosa experiencia de tenerte con nosotros.

A MARTIN:

Por su compañía y su invaluable ayuda en todo momento y - circunstancia.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Bonfilio Domiguez Cuevas y Dr. Andrés Galván de la Luz.

Por tratar de rescatar los valores básicos del médico, el espíritu de superación y el humanístico para brindar lo mejor a nuestros pacientes, familia y a la sociedad a la que pertenecemos.

A Dra. Enriqueta Hofmann Blancas.

Por su confianza y su pronta disposición a la enseñanza.
Por mostrarme la cara agradable de la oftalmología.

Al Dr. Javier Bonilla y Calderón

Siempre amigo y maestro.

Al Dr. Juan Talavera Piña y Dr. Abdiel Antonio Ocampo.

Por la invaluable ayuda prestada para la realización del análisis estadístico de este trabajo.

INDICE

TITULO	1
PRESENTACION	2
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
OBJETIVOS	9
HIPOTESIS	11
VARIABLES	13
DESCRIPCION DE VARIABLES	14
UNIVERSO DE TRABAJO	16
TIPO DE ESTUDIO Y ANALISIS ESTADISTICO	17
RECURSOS HUMANOS	18
RESULTADOS	20
TABLA # 1	22
COMENTARIOS	25
COMENTARIOS	26

"HALLAZGOS CLINICOS E HISTOLOGICOS DEL CARCINOMA EPIDERMOIDE DE LA CONJUNTIVA. ESTUDIO RETROSPECTIVO".

TESIS DE POSTGRADO**PRESENTA:**

**DRA. LOURDES BRENDIRA CARDONA LEAL,
RESIDENTE DE III AÑO, ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGIA,
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, C.M.N. S XXI.**

ASESORES:

**DR. BONFILIO DOMINGUEZ CUEVAS,
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA,
HOSPITAL DE ONCOLOGIA, C.M.N. S XXI.**

**DR. ANDRES GALVAN DE LA LUZ,
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA,
HOSPITAL DE ONCOLOGIA, C.M.N. S XXI.**

CARCINOMA EPIDERMOIDE CONJUNTIVAL**Antecedentes científicos:**

El carcinoma epidermoide de la conjuntiva representa uno de los problemas oncológicos más frecuentes dentro de la oftalmología. A pesar de la reducción en la morbi-mortalidad dada por el diagnóstico temprano, constituye en la actualidad uno de los tumores conjuntivales más frecuentes en México y otros países (1,3). Reportes previos en nuestro medio la han señalado como la neoplasia maligna más frecuente de la conjuntiva -- (4).

El carcinoma epidermoide tiene una mayor frecuencia a partir de la quinta década de la vida (4), sin embargo se han reportado algunos casos en pacientes pediátricos (5). Estos casos se asocian con el xeroderma pigmentoso, genodermatosis que cursa con neoplasias malignas en todas partes del cuerpo, como la conjuntiva. En cuanto al sexo, Cárdenas no encontró diferencia, pero otros autores refieren un radio hombre:mujer de 3:1 (6). La diferencia puede tener relación con aspectos ocupacionales; el hombre está más expuesto a la luz ultravioleta. De la misma forma, la distribución geográfica parecer influir en la prevalencia según la región; en sitios cercanos al ecuador es más frecuente esta enfermedad (6).

La etiología de esta neoplasia se desconoce. Los cambios histopatológicos y ultraestructurales son muy parecidos a los

que ocurren en las neoplasias intraepiteliales del cuello uterino, en la cual se ha asociado estrechamente al virus del papiloma como agente patogénico (7).

Existen dermatosis que son consideradas como precancerosas (6,8), entre ellas está la queratosis senil, queratosis actínica y el xeroderma pigmentoso, las cuales pueden asociarse al carcinoma epidermoide de la conjuntiva.

El carcinoma epidermoide de la conjuntiva bulbar se origina de las células del epitelio conjuntival, y las características histológicas de este tejido guardan similitud con otros --epitelios de transición como el del cuello uterino (9,10).

Esta enfermedad produce una serie de signos y síntomas -- inespecíficos, caracterizados por ardor conjuntival, enrojecimiento y escozor, presencia de leucoplaquia de aspecto gelatinoso o papiliforme, generalmente localizada al limbo nasal o --temporal en el espacio interpalpebral (2).

Desde el punto de vista histológico, Yanoff divide el carcinoma epidermoide según su comportamiento en cuatro variedades (11):

- a.- Carcinoma in situ o intraepitelial, en donde las alteraciones epiteliales no rebasan la membrana basal.
- b.- Carcinoma epidermoide con invasión superficial, o microinvasor ya que existe infiltración a través de la membrana basal con edema e inflamación de la región.
- c.- Carcinoma epidermoide con invasión profunda, el cual presenta infiltración escleral y corneal importante y raras veces extensión intraocular en forma directa o por vía hematogena

(12,13). Además se acompaña de lesiones elevadas y ulceradas. d.- Carcinoma epidermoide con metástasis, las cuales pueden -- ocurrir en forma regional o a distancia. Las metástasis regionales hacia ganglios linfáticos ocurre en menos del 10% (5). También pueden dirigirse hacia glándulas salivales o en raras ocasiones a hueso y pulmones, pero siempre están precedidas por la invasión a ganglios linfáticos (14).

La citología es un procedimiento diagnóstico simple que -- ha probado ser de gran utilidad en la diferenciación de las lesiones oculares benignas de las neoplásicas (15).

En oftalmología la primera referencia del uso de la citología se describe en 1954, cuando Larmonde y Timset usaron la citología para la evaluación de los tumores limbales, y en -- 1968 Dykstra confirmó el valor de esta técnica (15).

El tratamiento aceptado en la actualidad es el quirúrgico. Cuando se trata de una invasión superficial debe llevarse a cabo una escisión amplia del tejido afectado con estudio histopatológico transoperatorio; en el caso de que exista una invasión profunda, el tratamiento es una cirugía radical con escisión del tejido óseo involucrado (16). En los casos de metástasis a ganglios linfáticos, parótidas, hueso y pulmón, debe -- realizarse tratamiento combinado con radioterapia, y en casos especiales disección radical de cuello, parotidectomía o quimioterapia (14).

Existen otras modalidades de tratamiento, como son la -- crioterapia, la cual según algunos autores cura en un porcentaje de hasta 92%, cuando es combinada con escisión quirúrgica --

de la lesión (17,18). La betaterapia se ha mencionado su utilidad en casos de carcinoma in situ (19,20).

La recurrencia es de un 10 a 40% en los casos de carcinoma intraepitelial (16,18), y la presencia de tumor en los bordes quirúrgicos del tejido escindido parece ser un signo pronóstico importante en la recurrencia de la neoplasia (2).

El presente estudio trata de evaluar la repercusión sobre el tratamiento y el valor pronóstico de una correlación anatómo-clínica del carcinoma epidermoide de la conjuntiva en nuestro medio, ya que en otros hospitales no existe el número de pacientes con tal diagnóstico seguidos a largo plazo que aporten esta información.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

- 1.- Será la edad menor de 60 años un indicador de buen pronóstico en el paciente tratado de carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 2.- Será el sexo femenino un indicador de buen pronóstico en el paciente tratado de carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 3.- Será que la ausencia de exposición al sol es un indicador de buen pronóstico en pacientes tratados de carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 4.- Será el tamaño de la lesión (diámetro menor de 15mm) un indicador de buen pronóstico en pacientes tratados de carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 5.- Será que la característica de crecimiento lento de la lesión es un indicador de buen pronóstico en pacientes tratados de carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 6.- Será que la ausencia de dolor en la lesión es un indicador de buen pronóstico en pacientes tratados de carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 7.- Será que la conservación de la agudeza visual es un indicador de buen pronóstico en pacientes tratados de carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 8.- Será que la ausencia de invasión a hueso es un indicador de buen pronóstico en pacientes tratados de carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 9.- Será la ausencia de invasión a tejidos suprayacentes un indicador de buen pronóstico en pacientes tratados de carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 10.- Será la ausencia de invasión a tejidos profundos un indicador de buen pronóstico en pacientes tratados de carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 11.- Será la ausencia de invasión a la vía lagrimal un indicador de buen pronóstico en pacientes tratados de carcinoma epidermoide de la conjuntiva.

- 12.- Será la localización de la lesión en limbo nasal un indicador de buen pronóstico en pacientes tratados de carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 13.- Será que el tratamiento quirúrgico consistente en extirpación y plastia simple puede considerarse como un indicador de buen pronóstico en pacientes tratados de carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 14.- Será el tipo histológico un indicador de buen pronóstico - en pacientes tratados de carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 15.- Serán los límites quirúrgicos de la lesión libres de tumor un indicador de buen pronóstico en pacientes tratados de - carcinoma epidermoide de la conjuntiva.

OBJETIVOS:

- 1.- Conocer si la edad menor de 60 años es un indicador de buen pronóstico en el carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 2.- Conocer si el sexo femenino es un indicador de buen pronóstico en el carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 3.- Conocer si la ausencia de exposición al sol es un indicador de buen pronóstico en el carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 4.- Conocer si el tamaño de la lesión menor de 15 mm es un indicador de buen pronóstico en el carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 5.- Conocer si el crecimiento lento de la lesión tumoral es un indicador de buen pronóstico en el carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 7.- Conocer si la conservación de la agudeza visual es un indicador de buen pronóstico en el carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 7.- Conocer si la ausencia de dolor es un indicador de buen pronóstico en el carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 8.- Conocer si la ausencia de invasión a hueso es un indicador de buen pronóstico en el carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 9.- Conocer si la ausencia de invasión a tejidos suprayacentes es un indicador de buen pronóstico en el carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 10.- Conocer si la ausencia de invasión a tejidos profundos es un indicador de buen pronóstico en el carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 11.- Conocer si la ausencia de invasión a la vía lagrimal es un indicador de buen pronóstico en el carcinoma epidermoide de la conjuntiva.

- 12.- Conocer si el sitio de afección a nivel de limbo nasal es un indicador de buen pronóstico en el carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 13.- Conocer si los pacientes tratados quirúrgicamente tienen un mejor pronóstico en el carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 14.- Conocer si el resultado histopatológico de carcinoma intraepitelial es un indicador de buen pronóstico en el carcinoma epidermoide de la conjuntiva.
- 15.- Conocer si la ausencia de tumor en bordes quirúrgicos -- de tejido escindido es un indicador de buen pronóstico -- en el carcinoma epidermoide de la conjuntiva.

HIPOTESIS:

- 1.- Los sujetos con carcinoma epidermoide de la conjuntiva menores de 60 años tiene mejor pronóstico una vez tratados.
- 2.- Los sujetos del sexo femenino con carcinoma epidermoide de la conjuntiva tratados tienen un mejor pronóstico.
- 3.- Los sujetos con carcinoma epidermoide de la conjuntiva que carecen del factor de exposición al sol tienen un mejor --- pronóstico.
- 4.- Los sujetos con carcinoma epidermoide de la conjuntiva con lesiones menores de diámetro menor de 15 mm tienen un mejor pronóstico.
- 5.- Los sujetos con carcinoma epidermoide de la conjuntiva con el antecedente de tumores de crecimiento lento tienen un mejor pronóstico.
- 6.- Los sujetos con carcinoma epidermoide de la conjuntiva que carecen del antecedente de haber cursado con dolor como dato relevante de su cuadro clínico, tienen un mejor pronóstico.
- 7.- Los sujetos con carcinoma epidermoide de la conjuntiva que no presentaron disminución de la agudeza visual tienen un mejor pronóstico.
- 8.- Los sujetos con carcinoma epidermoide de la conjuntiva que no presentaron invasión a hueso tienen un mejor pronóstico.
- 9.- Los sujetos con carcinoma epidermoide de la conjuntiva que no presentaron invasión a tejidos suprayacentes tienen un mejor pronóstico.
- 10.- Los sujetos con carcinoma epidermoide de la conjuntiva que no presentaron invasión a tejidos profundos tienen un mejor pronóstico.
- 11.- Los sujetos con carcinoma epidermoide de la conjuntiva --- que no presentaron invasión a la vía lagrimal tienen un mejor pronóstico.

- 12.- Los sujetos con carcinoma epidermoide de la conjuntiva --- que presenten lesiones de localización en limbo nasal tienen un mejor pronóstico.
- 13.- Los sujetos con carcinoma epidermoide de la conjuntiva --- tratados quirúrgicamente tienen un mejor pronóstico.
- 14.- Los sujetos con carcinoma epidermoide de la conjuntiva - con resultado histopatológico de carcinoma intraepitelial tienen un mejor pronóstico.
- 15.- Los sujetos con carcinoma epidermoide de la conjuntiva -- tratados quirúrgicamente y cuyos bordes del tejido escindido estén libres de tumor, tienen un mejor pronóstico.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- EDAD
- SEXO
- EXPOSICION AL SOL
- TAMAÑO DE LA LESION
- CRECIMIENTO DE LA LESION (crecimiento rápido o lento)
- DOLOR
- DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL
- INVASION O NO A HUESO
- INVASION A TEJIDOS SUPRAYACENTES
- INVASION A TEJIDOS PROFUNDOS
- INVASION A LA VIA LAGRIMAL
- SITIO DE AFECCION
- TIPO DE TRATAMIENTO
- TIPO HISTOLOGICO
- LIMITE QUIRURGICO DE LA LESION

VARIABLES DEPENDIENTES:

- RECURRENCIA A UN AÑO

DESCRIPCION DE VARIABLES:

- SEXO: Obtenido del expediente clínico y se utilizará una escala cualitativa nominal.
- EDAD: Se obtendrá del expediente clínico y se utilizará una escala cuantitativa discreta.
- EXPOSICION AL SOL: Se obtendrá del expediente clínico y se utilizará una escala cualitativa nominal.
- SINTOMAS: Pueden presentarse asintomáticos, o bien referir dolor, prurito ó disminución de la agudeza visual. Se obtendrán del expediente clínico de la descripción del padecimiento por primera vez, y se utilizará una escala cualitativa nominal.
- HALLAZGOS CLINICOS: Referidos por la presencia de tumor de crecimiento lento, o de crecimiento rápido, determinación de la agudeza visual antes y después del tratamiento. La invasión o no a la vía lagrimal, a tejidos orbitarios profundos, a tejidos suprayacentes y la invasión a hueso. Se obtendrán del expediente clínico, y se utilizará una escala cualitativa nominal.
- SITIO DE AFECCION: Determinado por la localización de la lesión en la conjuntiva bulbar o tarsal, en los cuadrantes superior e inferior, así como el involucro de los fondos de saco inferior o superior. Se obtendrá del expediente clínico y se utilizará una escala cualitativa nominal.
- TIPO HISTOLOGICO: Basados en la clasificación de Vanoff. Carcinoma intraepitelial, carcinoma epidermoide con invasión superficial o profunda, y carcinoma epidermoide con metástasis regionales o a distancia. Se obtendrá del reporte de patología, y se utilizará una escala cualitativa nominal.
- LIMITE QUIRURGICO: Basados en el reporte histopatológico, como: sin tumor, dudoso, con tumor. Se utilizará una escala cualitativa ordinal.

- TIPO DE TRATAMIENTO: Puede ser quirúrgico, radioterapia, ---- quimioterapia, o bien combinado. Se obtendrá del expediente clínico, y se utilizará una escala cualitativa ordinal.
- FUNCIONALIDAD: Evaluadas por la determinación de la agudeza visual al término del tratamiento empleado. Se obtendrá del --- expediente clínico, y se utilizará una escala cualitativa ordinal. Valoradas con "0" cuando ignoramos variaciones en la agudeza visual, con "1" cuando la agudeza permanece sin cambios y - "2" cuando hay disminución de la agudeza visual posterior al -- tratamiento empleado.
- RECURRENCIA: Se elige como la variable dependiente de nuestro estudio. Serán aquellos pacientes que estando libres de enfermedad posterior al tratamiento y que al año de seguimiento presenten datos de actividad tumoral corroborada por hallazgos clínicos e histológicos. Se obtendrá del expediente clínico y se utilizará una escala cualitativa nominal.

UNIVERSO DE TRABAJO:

Paciente con diagnóstico de Carcinoma Epidermoide de la Conjuntiva, localizado o diseminado, corroborado por estudio histopatológico en un periodo comprendido de Enero de 1971 a Diciembre de 1993; estudiados en el servicio de Oftalmología del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional S XXI.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes del servicio de Oftalmología del Hospital de Oncología, del Centro Médico Nacional Siglo XXI, con diagnóstico de Carcinoma Epidermoide de la Conjuntiva corroborado histológicamente.

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

- Pacientes con diagnóstico de tumor conjuntival cuyo diagnóstico clínico no se haya corroborado por estudio histopatológico.

TIPO DE ESTUDIO:

Casos y controles.

ANALISIS ESTADISTICO:

Análisis multivariado con regresión logística.

RECURSOS HUMANOS:

- Personal médico del servicio de Oftalmología del Hospital de Oncología del CPN S XXI.
- Personal médico del servicio de Patología del Hospital de Oncología del CPN S XXI.
- Personal técnico del archivo clínico del Hospital de Oncología del CPN S XXI.

FACTIBILIDAD:

El Hospital de Oncología del CPN S XXI, cuenta con los recursos necesarios para el estudio y manejo de pacientes con tumores de la conjuntiva, por lo que no se requieren adquisiciones adicionales para la realización del presente protocolo.

DIFUSION DE RESULTADOS:

El presente estudio forma parte del trabajo de tesis recepcional que para concluir la especialidad de Oftalmología, será presentado a la Jefatura de Enseñanza e Investigación.

Dicho trabajo pretende respaldar la relación existente del cuadro clínico del paciente y los hallazgos histopatológicos del Carcinoma Epidermoide de la Conjuntiva como predictor de la res

puesta al tratamiento médico y sobrevivencia, lo cual coadyuvará de manera significativa a su mejor manejo.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

RESULTADOS:

Se revisaron un total de 104 expedientes con el diagnóstico de Carcinoma Epidermoide de la Conjuntiva, diagnosticados en un período de Enero de 1971 a Diciembre de 1993. Se eliminaron 25 casos por no contar con los criterios de inclusión, y que -- tenían menos de un año de seguimiento, quedando finalmente un -- total de 79 casos.

De los 79 casos, 47 fueron hombres (58%), y 32 mujeres --- (42%), con edad promedio de 58±20 años, y 61±15 años respectiva -- mente.

Se realizó un corte al año de seguimiento, y se tomaron -- los pacientes que presentaron recurrencia, resultando un total de 20 casos (25.3%) y 59 casos de no recurrencia (74.7%). La -- edad promedio de los pacientes que recurrieron fue de 61±16 -- años, y de los pacientes que no recurrieron fue de 56±18 años.

Se realizó un análisis univariado por medio de la χ^2 , donde se observó que la exposición al sol en pacientes que presentaron recurrencia, no tuvo significancia estadística, así como las siguientes variables: tamaño de la lesión, crecimiento de -- la lesión, presencia o no de dolor, alteraciones en la agudeza visual, invasión a hueso, tejidos profundos y a vías lagrimales así como el sitio de afección y diagnóstico histológico. (Tabla 1).

La invasión a tejidos suprayacentes (córnea y músculos --- extraoculares), y el tipo de tratamiento, tuvieron una significancia estadística en límites, con valor de $p=0.08$ y $p=0.06$ respectivamente, esto muy probablemente por el tamaño de la muestra.

Dos variables presentaron significancia estadística:

El límite quirúrgico de la lesión, con un valor de $p=0.01$, y una razón de Momios (RM) de 7.53 (0.98-62.7) para la recurrencia. Y la edad, con una RM 1.03 (1.00-1.07).

VARIABLE	NO RECURRENCIA	RECURRENCIA	VALOR DE P
SEXO			
- Masculino	38	09	NS
- Femenino	21	11	
EXP. AL SOL			
- Si	12	07	NS
- No	47	13	
TAMAÑO DE LA LESION			
- Menor 5mm	34	14	NS
- 6 a 15mm	17	02	
- 16 a 25mm	01	00	
- + 25mm	07	03	
- No referido	00	01	
CRECIMIENTO			
- Lento	46	13	NS
- Rápido	13	07	
DOLOR			
- Si	08	00	NS
- No	51	20	
BAJA DE AV			
- No referida	10	05	NS
- Sin cambio	49	14	
- Baja AV	00	01	
INV. HUESO			
- Si	06	03	NS
- No	53	17	

TABLA 1

AV- Agudeza visual
 INV.- Invasión.

VARIABLE	NO RECURRENCIA	RECURRENCIA	VALOR DE P	
INV. TEJ. SUP.				
- SI	36	17	p=0.08	
- No	23	03		
INV. TEJ. PROF.				
- SI	07	03	NS	
- No	52	17		
INV. VIA LAC.				
- SI	03	02	NS	
- No	56	18		
SITIO AFECCION				
- Limbo nasal	30	07	NS	
- Limbo tempo ral.	16	06		
- Conj. bulbar nasal.	01	00		
- Conj. bulbar temporal.	03	03		
- Limbo, conj. y fondo saco inf.	04	02		
- Limbo, conj. y fondo saco sup.	02	02		
- Todos los ante- riores.	03	00		
TRATAMIENTO				
- Quirúrgico	53	14		p=0.06
- Radioterapia	03	03		
- Quirúrgico + Radioterapia.	03	03		

CONTINUA TABLA 1

INV. TEJ. SUP. - Invasión a tejidos suprayacentes.

INV. TEJ. PROF. - Invasión a tejidos profundos.

INV. VIA LAC. - Invasión a la vía lagrimal.

Conj. Conjuntiva.

VARIABLE	NO RECURRENCIA	RECURRENCIA	VALOR DE P
DX HISTOLOGICO			
- No referido	01	00	
- Ca Intraepitelial.	13	04	
- Ca Epidermoide.	40	16	NS
- Papiloma	02	00	
- Hip. Linfoide	01	00	
- Otros	02	00	
LIMITES QX			
- No referido	04	04	
- Sin tumor	39	10	p-0.01
- Dudoso	14	02	
- Con tumor	02	04	

TERMINA TABLA 1

Ca- Carcinoma
 Dx Histológico- Diagnóstico histológico
 Hip. Linfoide- Hiperplasia linfoide
 Límites Qx- Límites quirúrgicos.

COMENTARIOS:

En el presente estudio, se observa después del análisis de 79 casos con diagnóstico de Carcinoma Epidermoide de la Conjuntiva, que existe un incremento de la frecuencia de presentación entre la quinta y sexta década de la vida, como se menciona en la literatura (4).

En cuanto al sexo, no se encontró significancia estadística, a diferencia de lo mencionado por Cárdenas que encontró una relación hombre/mujer de 3:1.

Se analizó la recurrencia a un año, encontrando 20 casos, que representan el 25.3%, y comparativamente diversos autores reportan una recurrencia del 10 al 40% (16,18).

La presencia de tumor en los límites quirúrgicos se considera como un signo de pronóstico importante en la recurrencia de la neoplasia (2), como se demostró en nuestro estudio ---- ($p=0.01$ y $RM=6.68$).

En cuanto al tratamiento, se menciona un mejor pronóstico con tratamiento quirúrgico y escisión amplia (16), en nuestro trabajo se observa la misma tendencia, sin embargo no alcanza significancia estadística ($p=0.06$).

El resto de las variables no son estadísticamente significativas, por lo cual se considera que no influyen directamente en la recurrencia del carcinoma epidermoide de la conjuntiva.

CONCLUSIONES:

En el presente estudio no se realizó el análisis multivariado debido a que solo una de las variables analizadas resultó estadísticamente significativa para el riesgo de recurrencia en pacientes con un año de seguimiento.

La variable que se refiere a la presencia de tumor en los límites quirúrgicos de la lesión, como ya se ha mencionado tiene una significancia estadística con un valor de $p < 0.01$ y con una RM de 6.68, lo que significa que el riesgo de recurrencia de un paciente en el que el tejido escindido tenga tumor en los bordes quirúrgicos tiene 6.68 veces más riesgo de presentar recurrencia del carcinoma a un año de seguimiento.

Las variables que presentaron significancia estadística en límites (Tratamiento e invasión a tejidos suprayacentes), deberán ser analizadas con una muestra mayor para poder determinar una significancia estadística más precisa, sin embargo, se observa que tienen la misma tendencia con respecto a lo referido en la literatura.

REFERENCIAS.

1. Ni C, Searl SS, Kristein DJ, Wu HF. Epibulbar carcinoma. *Int Ophthalmol Clin* 1982; 22:1-33.
2. Eric JC, Campbell RJ, Liesegang TJ. Conjunctival and corneal intraepithelial and invasive neoplasia. *Ophthalmology* 1986; 93:176-183.
3. Dark AJ, Streeten BW. Preinvasive carcinoma of the cornea and conjunctiva. *Br J Ophthalmol* 1980; 64:506-514.
4. Cárdenas L, Zaramboza AM. Carcinoma epidermoide de conjuntiva y limbo. *An Soc Mex Oftalmol* 1973; 47:61-75.
5. Hill WF, Marback R, Green R. Invasive squamous cell carcinoma of the conjunctiva. *Arch Ophthalmol* 1975; 93:119-122.
6. Clear AS, Chirambo MC, Hull MSR. Solar keratosis, pterygium, and squamous cell carcinoma of the conjunctiva in Malawi. *Br J Ophthalmol* 1979; 63:102-109.
7. Mc Donnell JM, Mavr AJ, Martin WJ. DNA of human papillomavirus type 16 in dysplastic and malignant lesions of the conjunctiva and cornea. *N Engl J Med* 1989; 320:1442-1446.
8. Beltrán P, De Buen S. Carcinoma epidermoide de conjuntiva bulbar. *Rev Mex Oftalmol* 1987; 61:163-165.
9. Hogan MJ, Alvarado JA, Wendell JE. *Histology of the Human Eye; An Atlas and Textbook*. Philadelphia WB Saunders, 1971: 126-132.
10. Waring GO III, Roth AM, Ekins MB. Clinical and pathological description of 17 cases of corneal intraepithelial neoplasia. *Am J Ophthalmol* 1984; 97:547-559.

11. Yanoff M, Fine BS. Ocular Pathology. 3rd ed. Philadelphia: JB Lippincott Co, 1989; 229-242.
12. Jackson W, Marback R, Green R. Invasive squamous cell carcinoma of the conjunctiva. Arch Ophthalmol 1975; 93:119-122.
13. Nicholson DH, Herschler J. Intraocular extension of squamous cell carcinoma of the conjunctiva. Arch Ophthalmol 1977; 95:843-846.
14. Tabbara KF, Kersten R, Daouk N, Blodi FC. Metastatic squamous cell carcinoma of the conjunctiva. Ophthalmology 1988; 95:318-321.
15. Gelender H, Forster HK. Papanicolaou cytology in the diagnosis and management of external ocular tumors. Arch Ophthalmol 1980; 98:909-912.
16. Li WW, Pettit TH, Zakka KA. Intraocular invasion by papillary squamous cell carcinoma of the conjunctiva. Am J Ophthalmol 1980; 90:697-701.
17. Divine RD, Anderson RL. Nitrous oxide cryotherapy for intraepithelial epithelioma of the conjunctiva. Arch Ophthalmol 1983; 101:782-786.
18. Fraunfelder FT, Wingfield D. Management of intraepithelial conjunctival tumors and squamous cell carcinomas. Am J Ophthalmol 1983; 95:359-363.
19. Elkon D, Constable WC. The use of strontium-90 in the treatment of carcinoma in situ of the conjunctiva. Am J Ophthalmol 1979; 87:84-86.
20. Lommatzch P. Beta-ray treatment of malignant epithelial tumors of the conjunctiva. Am J Ophthalmol 1976; 74:198-206.

TRATAMIENTO DE LA PARALISIS DEL III PAR CON CIRUGIA CONVENCIONAL