

SECCIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Autotrasplante libre de conjuntiva en biopsia excisional de lesión conjuntival pigmentada: Nevo de unión. Reporte de un caso

Ernesto Díaz Del Castillo-Martín¹, Adriana Hernández-López¹, Ma. Luisa Márquez-Rocha²

RESUMEN

Introducción. Las lesiones pigmentadas de la conjuntiva merecen atención especial por el hecho de tener potencial maligno. La detección oportuna determina el pronóstico y calidad de vida de los pacientes. Cuando en la evolución existen datos clínicos de malignidad, como aumento brusco de la pigmentación, crecimiento, o ambos, es necesario realizar un estudio histopatológico para determinar las características de la lesión.

Presentación del caso: Se presenta el caso de una paciente de 32 años de edad con lesión nodular pigmentada en conjuntiva bulbar de cuatro meses de evolución con enrojecimiento y aumento de volumen recientes. Fue intervenida quirúrgicamente, llevándose a cabo biopsia excisional y autotrasplante libre de conjuntiva. El estudio histopatológico de la lesión reportó nevo de unión con cambios acentuados por daño solar.

Discusión: El tratamiento de elección para los nevos de conjuntiva de gran tamaño con signos de malignidad potencial es la biopsia excisional con autotrasplante libre de conjuntiva, debiendo siempre efectuarse estudio histopatológico del tejido resecado.

Palabras clave: Lesión conjuntival pigmentada, biopsia excisional, auto trasplante de conjuntiva.

SUMMARY

Introduction: Pigmented lesions of the conjunctiva need special attention because of their potential malignancy. Early detection determines prognosis and life quality. If clinical evolution suggest malignancy, as abrupt pigmentation and or growth, it is necessary to realize a histopathological study.

Case report: A 32- year old patient with a nodular, pigmented, bulbar conjunctiva lesion is presented. The lesion has an evolution of 4 month with recent redness and volume enlargement. An excision biopsy with free conjunctiva auto transplant was realized. The histopathological study reported junction nevus.

Discussion: The treatment for large conjunctiva nevus with malignance signs is the excision biopsy with free conjunctiva auto transplant. A hispotathological study must be performed in every case.

Key words: Pigmented conjuntiva lesion, excision biopsy, conjuntiva auto transplant.

INTRODUCCIÓN

¹División de Oftalmología. Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Siglo XXI". Instituto Mexicano del Seguro Social.

²Servicio de Patología. Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Siglo XXI". Instituto Mexicano del Seguro Social.

Av. Cuauhtémoc 330. Col. Doctores. C.P. 06740. México, D.F. Tel: 56276900 Exts. 1879, 1881, 1882. E-mail: edcm@prodigy.net.mx

A los tumores pigmentados de la conjuntiva en general se les llama *nevos*, y a los malignos *melanomas*. Las áreas interpalpebral y limbal de la conjuntiva bulbar son el sitio de localización más frecuente de las lesiones precancerosas. Las lesiones benignas raramente progresan a un carcinoma,

las lesiones precancerosas presentan riesgo de carcinoma intraepitelial que puede ser el precursor de un carcinoma invasivo, y cada una de estas lesiones, en su estado puro, puede ser identificada histológicamente y diferenciada de las demás (1).

Una lesión plana generalmente corresponde a un nevo (de unión), con cambios histológicos confinados esencialmente a la capa basal del epitelio y puede presentar, en ocasiones, cierta elevación debido a un aumento de las células névicas subepiteliales lo que supondría la presencia de un nevo compuesto (2).

Reese analizó 100 nevos conjuntivales y de la piel de los párpados encontrando que en 95% de ellos se presentaba actividad de unión, por lo que aseveró que los nevos de la conjuntiva y de la piel alrededor del ojo, como consecuencia de esta actividad, tienen potencial maligno (3, 4, 5).

El carcinoma *in situ* usualmente está confinado al epitelio e rara vez llega a ser invasivo, sin embargo, la recurrencia seguida a la excisión es común y cuando esto sucede usualmente se clasifica como lesión precancerosa.

El carcinoma *in situ* se caracteriza histológicamente por pérdida total de la maduración celular, comprometiendo el espesor total del epitelio. Estos cambios están confinados al epitelio, ya que las células del epitelio basal tienen intacta su membrana y la queratinización no es frecuente (5, 6). Puede presentarse en cualquier área de la conjuntiva o de la córnea, pero la localización más frecuente es cercana al limbo; la mayoría de las lesiones tienen un aspecto opalescente con la apariencia de una leucoplaquia (5-7).

De los melanomas malignos de la conjuntiva, aproximadamente 25% emergen del lugar de un nevo congénito preexistente, 50% de melanosis precancerosa adquirida y 25% son de origen indeterminado. Ya que el precursor de la fase maligna puede ser un nevo de unión puro (congénito o adquirido), un nevo compuesto o cualquier combinación de ambos, la fase maligna puede aparecer espontáneamente sin fase precancerosa (8, 9).

En un estudio del Servicio de Oftalmología del Hospital de Oncología del CMN "Siglo XXI", en la casuística presentada de 4 años de lesiones de conjuntiva, se colectaron 71 pacientes con diagnóstico de neoplasia. De éstas 51 fueron benignas y 23 malignas. Las neoplasias más frecuentes reportadas por estudio histopatológico fueron el papiloma escamoso benigno (18 casos) y el carcinoma epidermoide (12 casos) (3). El diagnóstico/tratamiento más frecuente fue la biopsia excisional y se menciona que para reparar el defecto residual puede utilizarse un injerto de esclera o de mucosa oral o bien la reconstrucción con piel o prepucio (3, 10). Sin embargo, en la actualidad las técnicas microquirúrgicas permiten reparar esta área con conjuntiva del sector superior del mismo paciente respetando la circulación limbal; a este procedimiento se le ha denominado autotrasplante libre de conjuntiva, trasplante limbal o injerto autólogo de limbo (11).

Establecer el diagnóstico en forma temprana es de gran importancia para poder iniciar un tratamiento oportuno que disminuya la morbilidad de esta entidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta el caso de una paciente femenina de 32 años de edad, quien refiere una lesión conjuntival bulbar de tipo nodular en el sector nasal del ojo derecho de 4 meses de evolución total, antecedida con enrojecimiento en dicho sitio y aumento de volumen con cambios de coloración en los dos últimos meses previos a su consulta. No hay antecedentes sistémicos u oculares de importancia.

En la exploración oftalmológica se encontró agudeza visual de 20/20, en segmento anterior del ojo derecho, a nivel de conjuntiva bulbar, se apreció una lesión elevada con aspecto verrugoso, de bordes irregulares, de aproximadamente 3 mm x 4 mm, nacarada, con pigmento, confinada a la conjuntiva, móvil, no fija a plano epiescleral o escleral, sin comprometer córnea (Fig. 1).



Fig. 1. Lesión de aspecto verrugoso, pigmentada y elevada, en sector nasal de la conjuntiva bulbar, de dos meses de evolución.

Se programó biopsia excisional ante el aspecto clínico y el corto tiempo de evolución de la lesión, así como autotrasplante libre de conjuntiva para cubrir el defecto conjuntival residual a la toma de biopsia. El procedimiento anterior se efectuó bajo anestesia local y sedación con Ramsay II.

Se realizó la intervención, con técnica aséptica. Se marcaron zonas de referencia superior e inferior y los bordes limbal y externo como guías para el estudio histopatológico. Se resecó conjuntiva con zona de lesión delimitada por el marcaje, así como Tenon de los bordes quirúrgicos, se efectuó hemostasia mecánica y se dejó el lecho preparado para recibir el autotrasplante libre de conjuntiva (trasplante limbal con circulación respetada). Posteriormente se disecó conjuntiva de sector superior del mismo ojo, midiendo previamente la zona a trasplantar con el fin de realizar una cobertura exacta del defecto provocado por la resección de la lesión. Se suturó del injerto con puntos separados con nylon 10-0 (30 puntos). Se suturó también la solución de continuidad del sector superior con nylon 10-0. Finalizó el procedimiento sin ninguna complicación transoperatoria. La evolución fue satisfactoria en el periodo cicatricial apo-



Fig. 2. Aspecto del autotrasplante libre de conjuntiva cubriendo el área de resección de lesión conjuntival a los 12 días del postoperatorio.

yada con lubricante y antibiótico tópico profiláctico. El retiro de suturas se inició en la tercera semana finalizando en la cuarta semana (Fig. 2).

Estudio histopatológico

Se recibió tejido conjuntival de $0.9 \times 0.5 \times 0.3$ cm de color café con áreas hiperpigmentadas de 0.4 cm de diámetro mayor a 0.2 mm del borde quirúrgico, de consistencia blanda. Se incluyó con técnica de parafina para estudio con hematoxilina y eosina.

Resultados

Quirúrgicamente se obtuvo un resultado satisfactorio, es decir, cobertura óptima del defecto conjuntival posterior a la biopsia excisional, con aspecto estético adecuado. Actualmente (sexto mes de postoperatorio) no hay datos clínicos de reacción inflamatoria, recidiva o invasión de la lesión resecada (Figs. 2, 3).

Histopatología

Las secciones mostraron epitelio parcialmente sustituido

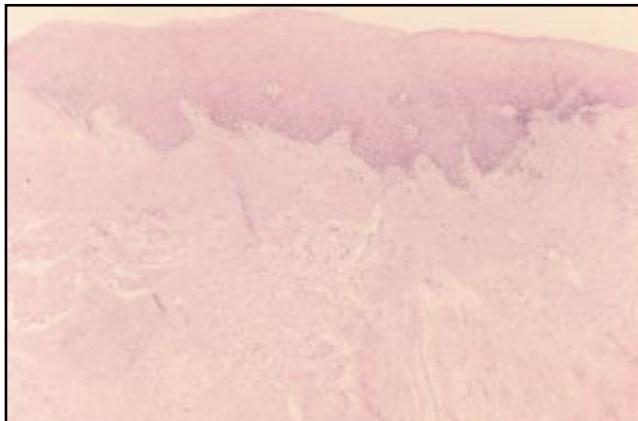


Fig. 4. Epitelio parcialmente sustituido por un grupo celular que se desarrolla dentro de la sustancia propia, en el que se pueden observar células de núcleo pequeño, fusiformes e hipercromáticas con pobre definición del citoplasma.

por un agrupamiento celular que se desarrolló en la sustancia propia, donde se pueden ver células de núcleos pequeños, fusiformes, hipercromáticos y con citoplasma mal definido. Existen algunas agrupaciones de pequeños nidos con pigmento intra y extracelular. La agrupación celular está lejos de los bordes quirúrgicos y hay gran extensión de epitelio en una y otra dirección de características normales. Hay discreta elastosis y moderada reacción inflamatoria crónica (Figs. 4, 5).

Diagnóstico: Nevo de unión con acentuados cambios por daño solar.

DISCUSIÓN

Los nevos de la conjuntiva son lesiones benignas poco frecuentes, de localización habitual cercana al limbo, que ge-



Fig. 3. Aspecto de la conjuntiva bulbar autotrasplantada (tercer mes de postoperatorio), con buen aspecto clínico y estético.

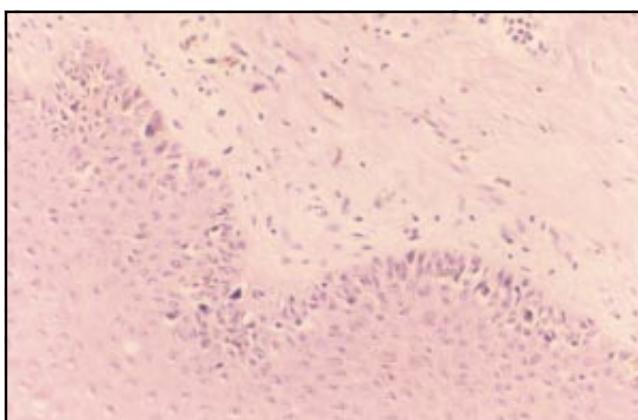


Fig. 5. Proliferación anormal de melanocitos en la membrana basal del epitelio conjuntival. Células nevicas formando nidos en la unión del epitelio conjuntival.

neralmente no requieren de tratamiento quirúrgico, sólo de observación. El aumento en su frecuencia se ha relacionado con la exposición a las radiaciones solares (12).

Cuando clínicamente existen signos de malignidad potencial (13) como pigmentación y localización infrecuente como la de conjuntiva palpebral, fondo de saco, o invasión de la córnea, o aumento brusco de la pigmentación, crecimiento, o ambos, se requiere de un manejo quirúrgico para el diagnóstico de precisión y tratamiento oportuno, sobre todo en casos de evidencia clínica de malignidad. El tratamiento propuesto en estos casos siempre es el de biopsia excisional con estudio histopatológico (14) ya que representa la oportunidad de tratamiento resolutivo en la gran mayoría de los casos.

Cuando la lesión es extensa, la preocupación más importante es la de sustituir el defecto residual a la resección; la condición más importante para colocar conjuntiva del mismo paciente (autotrasplante libre de conjuntiva) (11) es contar con ella, es decir, que la conjuntiva restante deberá estar libre de lesiones y de otros eventos tanto patológicos como quirúrgicos, ya que cumpliendo con esto la técnica se torna sencilla, accesible y de fácil realización. Los objetivos que se persiguen son cubrir la extensión denudada, mantener la función propia de la conjuntiva y lograr un aspecto estético adecuado.

El manejo postoperatorio es sencillo: inmediatamente antibiótico y antiinflamatorio tópicos, mediátamente con apoyo de lubricante tópico y retiro de puntos al cumplir con la cicatrización y, finalmente, vigilancia periódica subsiguiente.

REFERENCIAS

1. Zimmerman LE: Melanocytic tumors of interest to the ophthalmologist. *Ophthalmology* 1980; 87(6):497.
2. Díaz Del Castillo ME: Nevus de la conjuntiva. Tesis de Especialidad. UNAM. México D.F., 1985.
3. González-Aréchiga CO: Los cinco tumores más frecuentes en nuestro medio. Tesis de Especialidad. UNAM. México D.F., 1985.
4. Sanderson TL: Cytologic evaluation of ocular lesion. *Acta Cytol* 1980; 24(5):391.
5. Spencer: Conjunctival tumors. En: *Ophthalmic Pathology: an Atlas and Textbook*. 4th Edition. CD ROM, 1998.
6. Duane: Conjunctival tumors. En: *Principles and Practices of Ophthalmology*. CD ROM, 2000.
7. Jakobiec FA: Conjunctival melanoma. *Arch Ophthalmol* 1980; 90(5):697.
8. Fraunfelder FT: Therapy of intraepithelial and squamous cell carcinoma of the limbus. *Trans Am Ophthalmol Soc* 1980; 78:290.
9. Jakobiec FA: The role of cryotherapy in the management of conjunctival melanoma. *Ophthalmology* 1982; 89(5):502.
10. Parkash S: The use of preputial skin to replace conjunctiva and to correct ectropion. *Br J Plast Surg* 1982; 35(2):206.
11. Dua HS: Autologous limbal transplantation in patients with unilateral corneal stem cell deficiency. *Br J Ophthalmol* 2000; 84(3):273.
12. Gerner IL: Conjunctival nevi. A 21-year follow-up. *Ugersk Laeger* 1998; 160(25):3728.
13. Kanski JJ: Transtornos de la conjuntiva. En: *Oftalmología Clínica*. Edición 2000. p:76.
14. Porter MJ: Excision of benign pigmented skin tumors by deep shaving. *Br J Plast Surg* 1993; 46(3):255.

Cita histórica:

En 1949 Franceschetti y Klein describen el síndrome conocido como disostosis mandibulofacial (*Franceschetti A, Klein D: Mandibulo-facial dysostosis; new hereditary syndrome. Acta Ophth* 27:143, 1949).