

# Tumores de la conjuntiva y córnea

E. Ausín<sup>1</sup>  
 MJ. Gómez Maestra<sup>1</sup>  
 R. Martínez-Costa<sup>2</sup>  
 E. Francés<sup>2</sup>  
 E. López Sánchez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Licenciado en  
 Medicina

<sup>2</sup>Doctor en Medicina  
 Sociedad  
 Oftalmológica  
 de la Comunidad  
 Valenciana SOCV

Servicio  
 de Oftalmología  
 Hospital  
 Universitario La Fe  
 Valencia

Correspondencia:  
 Emma Ausín González  
 Hospital Universitario La Fe  
 Avenida Campanar, 21  
 46009 Valencia. España  
 E-mail: emma\_au  
 sin@hotmail.com

## Resumen

Describimos e ilustramos muchos de los más frecuentes tumores de conjuntiva y córnea, repasando el manejo terapéutico de cada uno de ellos.

Los tumores de conjuntiva y córnea comprenden un largo espectro de condiciones. Estos tumores se dividen en congénitos y adquiridos. Los adquiridos son subdivididos según el origen que tenga la tumoración: a partir de la superficie epitelial, melanocíticos, vasculares, origen neural, lipomatoso, linfoide y metastático. Las lesiones melanocíticas incluyen los nevus, la melanosis racial, la melanosis primaria adquirida y el melanoma entre otras.

Las lesiones más frecuentes no melanocíticas incluyen el carcinoma escamoso y el linfoma, teniendo ambos hallazgos típicos apreciables en una exploración clínica.

## Resum

Descriuim i il·lustrem molts dels més freqüents tumors de conjuntiva i còrnia, repassant el maneig terapèutic de cadascun d'ells. Els tumors de conjuntiva i còrnia comprenen un llarg espectre de condicions.

Aquests tumors els dividim en dues grans categories: congènits i adquirits. Els adquirits els subdividim segons l'origen que tingui la tumoració: a partir de la superfície epitelial, melanocítics, vasculars, origen neural, lipomatós, linfoide i metastàtic. Les lesions melanocítiques inclouen els nevus, la melanosis racials, la melanosis primària adquirida i el melanoma entre d'altres. Les lesions més freqüents no melanocítiques inclouen el carcinoma escamós i el linfoma, tenint tots dos troballes típiques apreciables en una exploració clínica.

## Summary

We provide clinical description and illustration of the many conjunctival and corneal tumors and we discuss tumor management.

Tumors of the conjunctiva and cornea comprise a large and varied spectrum of conditions. These tumors are divided in two categories: congenital and acquired lesions. The acquired are subdivided based on origin of the mass into surface epithelial, melanocytic, vascular, neural, lipomatous, lymphoid and metastatic. Melanocytic lesions include nevus, racial melanosis, primary acquired melanosis and melanoma.

The most frequent nonmelanocytic neoplastic lesions include squamous cell carcinoma and lymphoma, both of which have typical features appreciated on clinical examination.

## Generalidades

Los tumores de conjuntiva y córnea comprenden un largo espectro de condiciones, desde aquellas benignas como dermoides o mixomas, hasta las más agresivas como el melanoma o el sarcoma de Kaposi. La diferenciación clínica entre estas entidades se basa en un adecuado conocimiento de la patología y en una cuidadosa exploración clínica, acompañada

de pruebas complementarias en los casos que se considere necesario.

Debemos conocer la anatomía de la conjuntiva y la córnea, los hallazgos clínicos más relevantes de cada tumoración, los métodos diagnósticos disponibles y por último el manejo terapéutico.

Repasaremos aquellas tumoraciones que con mayor frecuencia nos vamos a encontrar en nuestra práctica diaria.

## Descripción de los tumores

### Lesiones congénitas

Dentro de este grupo encontramos los dermoides y los dermolipomas, además de otros coristomas como el coristoma óseo epibulbar, el coristoma de la glándula lagrimal y el coristoma complejo. Los dermoides y los coristomas óseos epibulbares son conocidos como coristomas simples, dado que contienen solamente piel o hueso.

#### Dermoide

Histopatológicamente es un coristoma. Los coristomas consisten en un crecimiento congénito de tejido normal en localizaciones anómalas. Son el tipo más frecuente de tumor epibulbar en los niños. Los dos tipos más comunes son los dermoides y los lipodermoides (dermolipomas).

El tumor dermoide conjuntival es una lesión congénita bien circunscrita. Se presenta como una masa sólida de color amarillo-blanco, que podemos encontrar en la conjuntiva bulbar o en el limbo corneo-escleral. De forma más típica lo encontraremos cerca del limbo infero-temporal (Figura 1). En casos más raros lo podremos ver extendido hasta la córnea central. Hay tres tipos de tumor dermoide en función de la extensión del mismo. Los distintos tipos se deben a su aparición en distintos momentos del desarrollo fetal, apareciendo el tipo más severo en momentos más tempranos de dicho desarrollo.

Los dermoides conjuntivales pueden presentarse como lesiones solitarias o dentro del Síndrome de Goldenhar (síndrome vertebral oculo-auricular); por tanto debemos explorar esta posibilidad. El manejo de un dermoide epibulbar incluye la simple observación si la lesión es pequeña y asintomática. Es posible la escisión quirúrgica por motivos estéticos. Tumores dermoides de mayor tamaño pueden acompañarse de disminución de la agudeza visual (A.V) debido al astigmatismo. Pueden tratarse mediante queratectomía lamelar con cierre primario si el defecto residual es superficial o recubriendo con algún injerto si el defecto residual es más profundo. Cuando la lesión ocupa el centro de la córnea, una queratoplastia lamelar o penetrante pueden ser necesarias y la ambliopía puede ser una secuela.

#### Dermolipoma

Se trata de una lesión congénita y presente en el momento del nacimiento, de forma característica permanece asintomática durante años y puede no ser detectada hasta la etapa adulta cuando protuye desde

la órbita hacia el fornix conjuntival superotemporal. Aparece como una masa fluctuante, móvil, de consistencia blanda y coloración amarillo pálido, frecuente en ángulo externo del ojo (Figura 2).

Al contrario que una hernia de la grasa orbitaria, el dermolipoma puede contener finos pelos blancos sobre su superficie y no puede ser reducido con la presión digital en el interior de la órbita. Con pruebas de imagen, como TAC o RMN, ambas entidades pueden resultar indistinguibles.

La mayoría de ellos, no requieren tratamiento, pero los de mayor tamaño que causen síntomas o no sean estéticamente aceptables pueden resecarse.

### Tumores benignos de la superficie epitelial

#### Papiloma

El papiloma escamoso es una lesión benigna, asociado a la infección por el virus del papiloma humano (VPH), subtipos 6, 11, 16 y 18. Es un tumor que puede aparecer tanto en niños como en adultos. Los papilomas pueden ser pedunculados o sesiles.



**Figura 1.**  
Tumor dermoide límbico infero-temporal simple



**Figura 2.**  
Lipodermoide conjuntival

Los pedunculados afectan con más frecuencia a los niños y adultos jóvenes y se creen causados por el VPH, como ocurre con los papilomas en los párpados (verrugas vulgares) (Figura 3). Suelen localizarse en la conjuntiva palpebral, fondos de saco o carúncula. El tratamiento incluye observación en aquellos de menor tamaño, ya que suelen desaparecer en un período de 2-3 años. Lesiones más grandes (Figura 4) pueden

**Figura 3.**  
**Papiloma pedunculado conjuntival**

**Figura 4.**  
**Caso curioso de un niño con un papiloma pedunculado en subtarso superior que debutó como vemos en la imagen superior; al evertir el párpado vimos el resto de la lesión**



causar síntomas tales como sensación de cuerpo extraño, hemorragias, secreción mucosa constante, imposibilidad de cierre completo palpebral, a parte de la mala imagen estética. En estos casos la simple observación o el tratamiento corticoideo no resultan eficaces, debiendo proceder a la escisión quirúrgica completa del tumor por su base sin tocarlo; puede hacerse crioterapia sobre su base para prevenir la recurrencia. El cierre lo realizamos con sutura reabsorbible cuando sea necesario. También se han aplicado tópicamente Interferón Alfa 2b y Mitomicina C al 0.002% en los papilomas conjuntivales con buenos resultados<sup>1-3</sup>.

Los papilomas sesiles (neoplásicos) suelen afectar a personas mayores y no tienen un origen infeccioso. Son unilaterales, aislados y se localizan en la conjuntiva o limbo. El tratamiento habitualmente consiste en la escisión quirúrgica.

- *Vírica*: Joven; base pedunculada; múltiples; conjuntiva palpebral; no afectación corneal; alta recidiva; posible resolución espontánea.
- *Neoplásica*: Mayor; base sésil; solitaria; limbo, conjuntiva bulbar, córnea; afectación limbo corneal; baja recidiva después escisión; posible malignización.

#### *Queratoacantoma*

Se trata de un nódulo solitario de crecimiento rápido, normalmente umbilicado, con un cráter central lleno de queratina, que suele crecer durante varias semanas y desaparece a lo largo de 6 meses aproximadamente. De patogenia desconocida, se han señalado como factores de riesgo la exposición solar y los traumatismos.

Esta lesión resulta similar en su aspecto al carcinoma escamoso de conjuntiva, por eso el tratamiento recomendado es la resección completa de la lesión con posterior estudio anatomopatológico.

#### *Disqueratosis Intraepitelial Benigna Hereditaria (DIBH)*

La DIBH es un transtorno infrecuente pero interesante, descrito en los indios Haliwa de Carolina del Norte. El nombre describe y resume sus características. Esta alteración benigna presenta una herencia de tipo dominante. Las lesiones habitualmente bilaterales tienen un aspecto clínico notable, con inyección vascular conjuntival y epiescleral marcadas. Consisten en placas blanquecinas de células epiteliales acantósicas y disqueratósicas, y la localización más frecuente corresponde a la conjuntiva interpalpebral nasal y temporal. Lesiones similares

pueden encontrarse también en la mucosa oral. Aunque estas lesiones tienen un aspecto distintivo, muchas veces se diagnostican de modo erróneo como pinguéculas o pterigium, o como carcinomas de células escamosas, debido a su localización y configuración vascular (Figura 5). La mayoría de las lesiones afectan sólo a la conjuntiva, pero en los casos más graves se pueden asociar con cicatrización y neovascularización corneales. Las lesiones pequeñas y relativamente asintomáticas pueden ser tratadas con lubricantes oculares y tandas de corticoides tópicos. Cuando las lesiones son marcadas se recomienda una biopsia escisional con crioterapia complementaria, seguido de un recubrimiento con injerto mucoso si es necesario.

#### *Quistes de inclusión epiteliales*

Los quistes conjuntivales pueden aparecer de forma espontánea o tras cirugía, traumatismos no quirúrgicos o afecciones inflamatorias.

Están tapizados por epitelio y aparecen como sacos translúcidos en cualquier lugar de la conjuntiva. Tienen un carácter benigno, no tienden a aumentar de tamaño y rara vez producen síntomas. El tratamiento quirúrgico sólo está indicado si el paciente experimenta sensación de cuerpo extraño o el aspecto cosmético es inaceptable. El tratamiento curativo sólo se obtiene mediante escisión completa o marsupialización de la pared del quiste epitelial. La punción simple o la escisión incompleta conducen ambas a una recidiva rápida.

### **Tumores malignos de la superficie ocular**

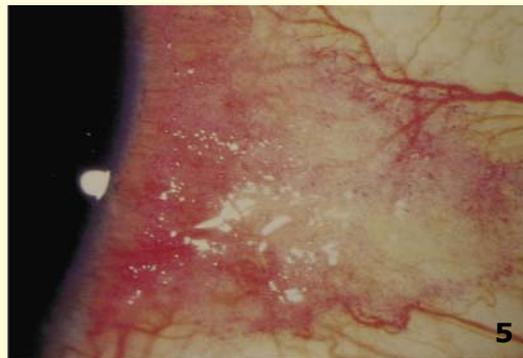
#### *Neoplasia intraepitelial conjuntival (CIN)*

El carcinoma in situ o CIN se define como anaplasia y displasia intensas que se extienden por todo el grosor del epitelio conjuntival, pero no a través de la membrana basal epitelial. La lesión se considera premaligna y afecta con mayor frecuencia a individuos de edad media-avanzada. Se suele localizar en limbo como una formación gelatinosa de color blanco-grisáceo, muchas veces con formaciones digitiformes (Figura 6). Se puede convertir en leucoplásica. En general, la lesión se extiende a córnea y puede invadir la profundidad de la membrana basal para convertirse en un carcinoma de células escamosas invasivo. Sin embargo, esta transición sólo puede demostrarse en el examen histopatológico, que revela la extensión franca del tumor debajo de la membrana basal. Así pues, el tratamiento recomendado se basa en una biopsia que incluya la escisión completa, con márgenes

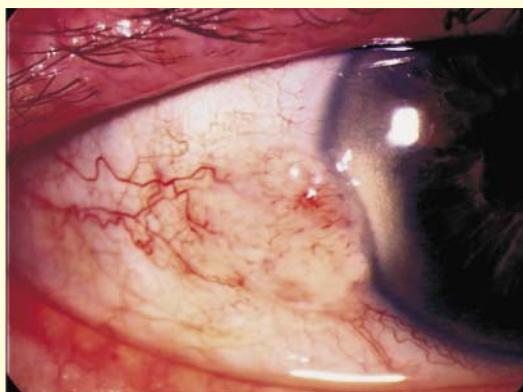
amplios, seguida de crioterapia complementaria. Hay resultados favorables con la aplicación tópica de Mitomicina C al 0.02%<sup>3</sup>.

#### *Carcinoma de células escamosas (CEE)*

Se define por invasión de la neoplasia a través de la membrana basal epitelial de la conjuntiva, o por la presencia de metástasis a distancia. En los casos típicos, el CCE que habitualmente es de crecimiento



**Figura 5.**  
**Disqueratosis intraepitelial**  
**benigna hereditaria**



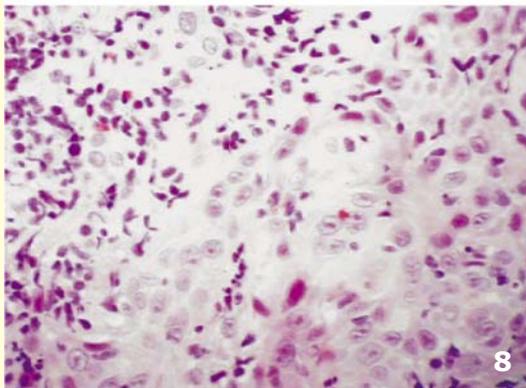
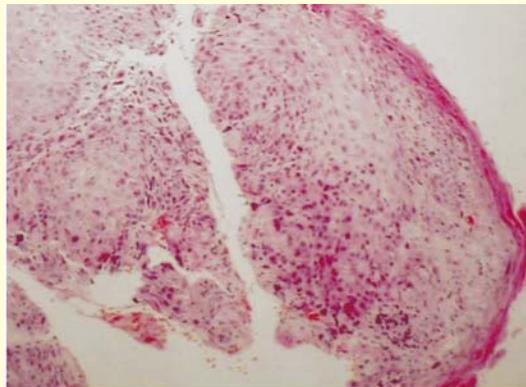
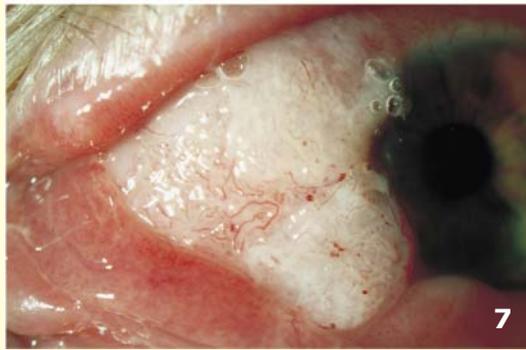
**Figura 6.**  
**CIN: formación gelatinosa**  
**blanquecina en limbo,**  
**más leucoplásica en la**  
**imagen superior**



**Figura 7.**  
CCE: lesión grisácea de aspecto gelatinoso amorfo en conjuntiva perilímbica nasal inferior, de >8 mm diámetro basal, 3-4 horas del cuadrante naso-inferior, produciendo ectropion. Localizado en limbo, abarca muy poca córnea, extendiéndose fundamentalmente en conjuntiva y esclera, estando fijo a esclera con difícil movilización de la masa



**Figura 8.**  
El diagnóstico de confirmación de CCE viene dado tras el estudio anatómico patológico, donde vemos ruptura de la membrana basal de la membrana basal con penetración en corion subyacente. En la imagen inferior vemos como el epitelio normal es sustituido por células atípicas, con una relación núcleo/citoplasma elevada, mitosis y pleomorfismo celular



lento produce invasión local (extensión en ojo o en los tejidos orbitarios adyacentes), siendo las metástasis a distancia raras.

Estas lesiones tienden a ocurrir en personas de piel clara con antecedentes de exposición actínica significativa. Presenta una incidencia de entre 1-2/100000 hab/año.

Como factores de riesgo<sup>4</sup> se han señalado las radiaciones ultravioletas B (290-320nm), área geográfica y edad avanzada. El papel del VPH 16-18 es más controvertido<sup>5</sup>. También se señala como más frecuente este tumor en inmunodeprimidos, en especial en gente joven. La incidencia es mucho mayor en países tropicales, donde además son más frecuentes las formas macroinvasivas, así como las metástasis, en gran parte esto último, por el retraso en el diagnóstico y tratamiento. Otros factores de riesgo menos confirmados son otras afecciones oculares (penfigoide, Sd de Stevens-Johnson, causticaciones). Se han descrito asociaciones con otras lesiones como el Xeroderma Pigmentosum, LNH, LLC, SIDA; carcinoma de colon, pulmón y riñón, así como con epiteloma espino y basocelular en piel.

De modo similar al CIN, las lesiones tienen un aspecto gelatinoso amorfo con formaciones papilares, y pueden desarrollar una superficie leucoplásica, típicamente son más elevadas<sup>6,7</sup> (Figuras 7 y 8). Pueden no desplazarse y estar firmemente fijados a los tejidos subyacentes, lo que indica invasión. Debido a la resistencia de la membrana de Bowman, la invasión se produce únicamente en la parte conjuntival de la lesión, no en la corneal.

Pueden producir síntomas irritativos como enrojecimiento, lagrimeo y sensación de cuerpo extraño. También puede causar astigmatismo leve, y cuando es extenso afecta a la visión. Rara vez progresa hasta la invasión intraocular.

Las pruebas de imagen no son necesarias a menos que se sospeche una extensión intraocular u orbitaria, en cuyo caso puede estar indicada la ecografía, el TAC o la RMN. Como procedimiento diagnóstico se recomienda una biopsia por escisión amplia, no suele estar indicado el cultivo; pueden realizarse PCR y técnicas de hibridación de ADN para detectar el VPH.

El tratamiento se basa en una escisión local amplia y crioterapia intensiva (extiende el borde quirúrgico eficaz y reduce las recidivas del 10% al 40%). Puede aplicarse intraoperatoriamente Mitomicina C al 0.02% con hemosteta durante un minuto. También puede administrarse ésta postoperatoriamente<sup>8-10</sup>. Es posible su uso preoperatorio en los carcinomas

extensos como reductora previamente a la escisión quirúrgica<sup>11</sup>. Según la extensión puede ser necesaria un esclerectomía profunda y recubrimiento posterior con algún injerto como membrana amniótica o que- ratectomía lamelar superficial. Si se ha producido invasión intraocular será necesaria una enucleación, y si invade órbita, exenteración. Es necesario un seguimiento del paciente por la posibilidad de recidivas o de invasión. En la literatura<sup>12</sup>, los casos encontrados de muerte son muy escasos y a los 5-10 años de haberlo diagnosticado, y generalmente se da en pacientes de edad avanzada, a diferencia de otros tumores conjuntivales como el melanoma.

**Tumores melanocíticos (Tabla 1)**

*Nevus*

El nevus circunscrito es el tumor melanocítico más frecuente de la conjuntiva. Se aprecia clínicamente en la primera o segunda década de la vida como una lesión pigmentada, discretamente sobreelavada, algo sésil, que en el exámen con lámpara de hendidura puede mostrar finos y claros quistes de inclusión epiteliales, que ayudan a distinguirlos de otras lesiones conjuntivales pigmentadas (Figura 9). Estos quistes pueden secretar mucina y hacer que los nevus aumenten de tamaño, sobre todo durante la pubertad, lo que puede conducirnos a una falsa impresión de malignidad.

Permanecen estacionarios a lo largo de la vida, con menos de un 1% de riesgo de transformación maligna. Los nevus son hamartomas benignos: nidos de melanocitos modificados. La localización de las células névicas determina la clasificación:

- De la unión: epitelio-sustancia propia, en la profundidad del epitelio y a lo largo del borde de la sustancia propia.
- Los nevus subepiteliales se localizan en la sustancia propia y son relativamente inactivos.
- Los nevus compuestos representan una forma transicional con características de los nevus tanto de la unión como subepiteliales. Desde un punto de vista clínico, los nevus compuestos casi siempre se localizan en la conjuntiva bulbar y tienen una pigmentación variable, desde parda oscura hasta parda clara (amelanocíticos).

La mayoría son compuestos o subepiteliales. La localización más frecuente es la yuxtalímbica, en la conjuntiva bulbar interpalpebral, seguida por zonas epibulbares, pliegues y carúncula. La localización de un nevus en la conjuntiva palpebral y en los fondos de saco es extremadamente rara, de ahí que debemos en estas localizaciones sospechar malignidad, y por tanto efectuar biopsia.

Los nevus pueden ser focales o difusos, pero nunca multifocales. Los nevus yuxtalímbicos no se extienden a la córnea periférica; así, una lesión pigmentada que afecte a la córnea debe considerarse clínicamente como un melanoma maligno.

La inmensa mayoría de los nevus no experimentan transformación maligna, y por tanto, la escisión está indicada sólo por razones estéticas o cuando la lesión ocasione una irritación constante.

Estas lesiones benignas sólo rara vez experimentan una mayor actividad en la unión que da lugar a una transformación maligna; cuando se documenta aumento del tamaño y/o cambio de color se

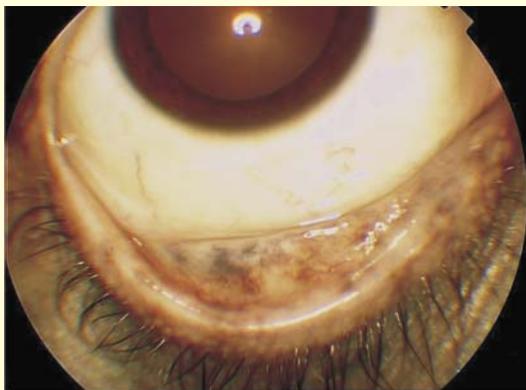
	Nevus	Tumores benignos Melanocitosis ocular	MAP	Tumores malignos Melanosis racial	Melanoma maligno
Edad	10-20a	Congénita	Adquirida	Adquirida	Media-avanzada
Localización	Conjuntiva bulbar interpalpebral	Epiesclera y esclera	Conjuntiva bulbar o palpebral	Conjuntiva bulbar perilímbica Piel oscura	Conjuntiva bulbar
Clínica	Pigmentación variable, sésil	Nevus azul	Manchas unilateral múltiples color pardo		Amorfo, nodular, elevadas, pigmentación variable
Tratamiento	Escisión com pleta + criocogulación		Bx+excisi +crioterapia	Observación	Bx+exc+ radioterapia +crioterapia
Malignización	<1%	<1% a melanoma uveal	20-30%	Benigno	33% nevus 33% MAP 33% de novo

**Tabla 1.**  
*Diagnóstico diferencial de las distintas lesiones melanocíticas*

**Figura 9.**  
**Nevus, en conjuntiva**  
**yuxtalábica temporal y**  
**en carúncula**



**Figura 10.**  
**Melanosis ocular**



debe proceder a una biopsia escisional completa con crioterapia complementaria para descartar la transformación maligna; también para prevenir la recurrencia del nevus. En otro caso, las lesiones se mantienen bajo observación periódica (cada 6-12 meses), con medición bajo lámpara de hendidura y/o fotografías para documentar la estabilidad.

#### *Melanosis ocular*

La melanocitosis ocular no es una verdadera lesión conjuntival; la manipulación de la conjuntiva con un aplicador de punta de algodón mojado con gotas anestésicas ayuda a confirmar la ausencia de afectación conjuntival.

Es en realidad un nevus azul congénito unilateral de la epiesclera y esclera, caracterizado por múltiples áreas de color gris pizarra, que a veces existe también en la conjuntiva profunda. Se asocia con pigmentación aumentada del tracto uveal, que afecta al iris y a la coroides.

Cuando participa también la piel periocular, el trastorno suele ser unilateral, aunque a veces es bilateral, y se designa como melanocitosis oculodérmica o nevus de Ota (Figura 10). Estas lesiones son más frecuentes en individuos afroamericanos, hispanoamericanos y asiáticos. Cuando se encuentran en personas de raza blanca, aumenta mucho el riesgo de transformación maligna (en piel, úvea, conjuntiva, órbita y cerebro). Los pacientes afectados deben ser vigilados una o dos veces al año para descartar el desarrollo de melanoma uveal, orbital o menigeal. Aunque no existe tratamiento, su complicación más grave es la transformación maligna, mientras que el glaucoma pigmentado la complicación más frecuente. Por este motivo los pacientes con melanosis oculodérmica deben ser explorados a intervalos regulares para vigilar el posible desarrollo de estas complicaciones.

#### *Melanosis adquirida primaria (MAP)*

Es posible el desarrollo de la pigmentación adquirida primaria de la conjuntiva bulbar, de modo habitual en individuos de raza blanca ancianos o de mediana edad (60-70 años). Es extremadamente rara en personas de raza negra, y en contraste con la melanosis racial, casi siempre es unilateral.

En la exploración encontramos áreas unifocales o multifocales, planas, y mal delimitadas de pigmentación conjuntival pardusca; puede afectarse cualquier parte de la conjuntiva, y es necesario examinar los fondos de saco mediante eversión palpebral. Estas lesiones se pueden mover con libertad sobre el globo ocular (Figura 11). Las áreas pigmentadas del fórnix o la conjuntiva palpebral se deben considerar

muy sospechosas de MAP. La identificación de estas lesiones es importante, puesto que conllevan un riesgo de transformación en melanomas malignos de hasta un 30%.

El tratamiento depende de la extensión de la lesión: las lesiones planas multicéntricas, deben ser fotografiadas a intervalos de 6 meses. Si las placas se engrosan o se convierten en nódulos debe practicarse su escisión local completa y crioterapia complementaria para descartar atipia o malignidad franca. Es posible que la mitomicina C tópica tenga un papel en el tratamiento<sup>13</sup>.

Los signos indicativos de transformación maligna comprenden el cambio de forma, tamaño, o la elevación y aumento de la vascularización.

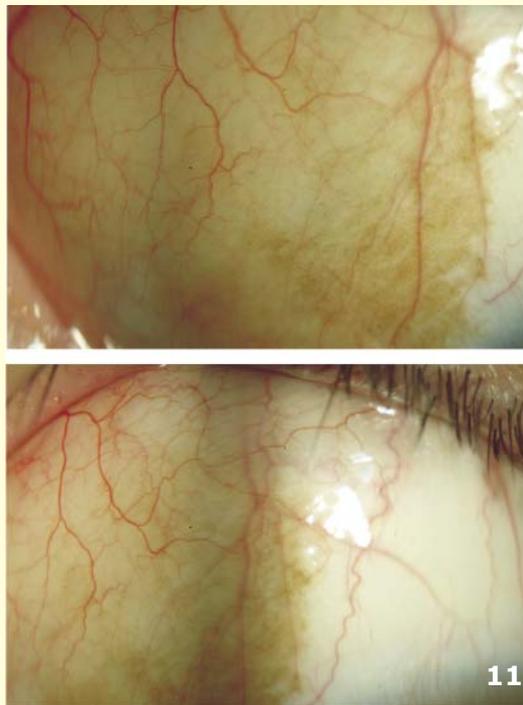
### Melanoma maligno

Es más frecuente en individuos de edad avanzada y puede producir metástasis a distancia y muerte. Se suele localizar en conjuntiva bulbar (rara vez lo hace en tarsal) y puede tener su origen en tres fuentes: Nevus (33% de los casos), MAP (33%) y desarrollo de Novo en la conjuntiva normal (otro 33% de los casos). El origen tiene influencia sobre la mortalidad, que oscila alrededor del 20% de los melanomas formados a partir de nevus, un 40% en aquellos a partir de MAP y otro 40% en los originados de novo. El melanoma con MAP aparece en los casos en los que el tumor se desarrolla indirectamente después de un curso variable de melanosis adquirida primaria. La evidencia más espectacular de neoplasia maligna en un paciente controlado por MAP es la súbita aparición de uno o más nódulos en lesiones por lo demás planas. En ocasiones también se afecta la piel contigua.

Histológicamente está compuesto de melanocitos atípicos, de pigmentación variable, dentro del estroma conjuntival. En las lesiones amelanóticas, ciertas tinciones especiales (tinción argéntica de Fontana y tinción estrellada de Warthin) ayudan al diagnóstico. La reactividad inmunohistoquímica positiva para HMB-45 y S-100 y negativa para citoqueratina distinguen con fiabilidad el raro melanoma amelanótico de los tumores epiteliales<sup>14</sup>.

Desde un punto de vista clínico, las lesiones son amorfas, nodulares y elevadas, con pigmentación variable, más frecuentemente parda. Se suelen asociar con aumento de vascularización conjuntival/epiescleral, a veces con un vaso principal conjuntival grande (vaso centinela).

El diagnóstico clínico de melanoma se basa en el reconocimiento de las *características clínicas de las formas de melanoma*, es decir la observación de una



**Figura 11.**  
**MAP (melanosis adquirida primaria)**

lesión pigmentada, asimétrica, de bordes imprecisos y coloración abigarrada con áreas negras y áreas menos pigmentadas. La utilización sistemática de los criterios clínicos resumidos en el acrónimo *ABCD* (A: asimetría; B: bordes irregulares; C: coloración heterogénea; D: diámetro mayor de 6mm), es útil para discriminar entre las lesiones benignas y aquellas en las que existe un grado de sospecha. Cuando existen nevus previos la observación de cambios en los mismos también ha de alertar sobre la existencia de melanoma. Los cambios más iniciales son la presencia de cambios en su coloración, prurito, aumento de tamaño y desarrollo de satélites. En lesiones más evolucionadas pueden observarse la aparición de hemorragia y/o ulceración. Cuando existe la sospecha clínica de que una lesión puede ser un melanoma, la actitud recomendada es la realización del estudio histológico extirpación-biopsia incluyendo toda la lesión, con un estrecho margen de conjuntiva sana<sup>15</sup>.

El exámen debe incluir evaluación del fondo de ojo, transluminación de la esclera y ecografía en modo B para descartar un melanoma del cuerpo ciliar subyacente. Aunque se ha dicho que el pronóstico de estos melanomas es mejor que el de los mela-

nomas cutáneos, ciertamente tienen capacidad de invasión intraocular y orbitaria y de metástasis a distancia, en especial al hígado. Los pacientes con melanoma conjuntival deben ser examinados por un oncólogo en busca de metástasis a distancia. Los ganglios regionales que se afectan con más frecuencia son los preauriculares e intraparotídeos. La afectación de los ganglios regionales indica mal pronóstico, aunque no siempre diseminación generalizada o muerte.

El tratamiento del melanoma conjuntival depende de la extensión. La escisión local es el tratamiento de elección. Si el anatomopatólogo identifica la existencia de tumor en los bordes de la resección, está indicada una nueva escisión amplia de la cicatriz quirúrgica o la aplicación de crioterapia o laserterapia. A continuación debe explorarse al paciente varias veces al año durante el resto de su vida. La disección de los ganglios linfáticos regionales puede tener éxito en la detección de la enfermedad en algunos casos con diseminación regional.

La exenteración puede practicarse en tumores voluminosos. La quimioterapia paliativa se usa para la

enfermedad metastásica, que puede aparecer en casi cualquier órgano.

En cuanto al pronóstico señalar que los tumores originados en la conjuntiva bulbar tienen una excelente tasa de supervivencia a los 5 años, cercana al 100%; la tasa de supervivencia de los originados en el limbo es del 80%, y la de los localizados en la conjuntiva tarsal es del 50%.

### **Tumores conjuntivales linfoides**

#### ***Hiperplasia linfoide reactiva benigna***

Ocurre en adultos de edad media y se caracteriza por una acumulación benigna de monocitos y leucocitos polimorfonucleares. Su causa no está clara, pero parece ser una reacción localizada frente a un estímulo irritante o antigénico.

Aparece como una lesión de color rosa claro o salmón en cualquier lugar de la conjuntiva bulbar o fornicial, y es clínicamente indistinguible del linfoma conjuntival. Por tanto, se recomienda la biopsia de parte o toda la lesión, con manipulación apropiada del tejido para estudios inmunohistoquímicos especiales. Si la lesión es benigna, se puede tratar con escisión completa, radiación a dosis bajas o corticosteroides tópicos.

#### ***Linfoma conjuntival***

Los linfomas son lesiones neoplásicas de la conjuntiva con caracteres similares a las de la hiperplasia linfoide benigna; según algunos expertos, las dos entidades representan un mismo trastorno con diferente potencial de malignidad. Los linfomas se sitúan en el lado maligno del espectro, y están formados por una serie de células B monoclonales. Pueden aparecer aislados o asociados a un linfoma maligno sistémico, y tener el mismo aspecto clínico que la hiperplasia linfoide reactiva (Figura 12). Se debe proceder a una biopsia que incluya la escisión completa y envío inmediato al oncólogo para valoración sistémica. Dependiendo de la extensión de la lesión pueden estar indicadas la irradiación local y la quimioterapia sistémica.

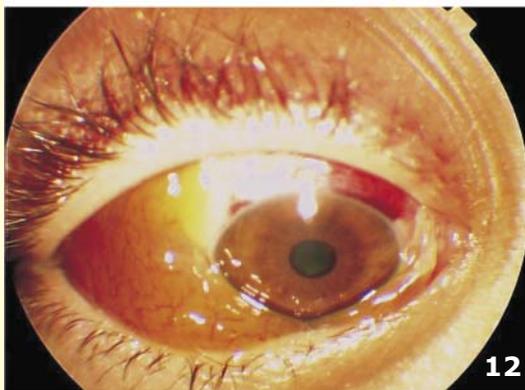
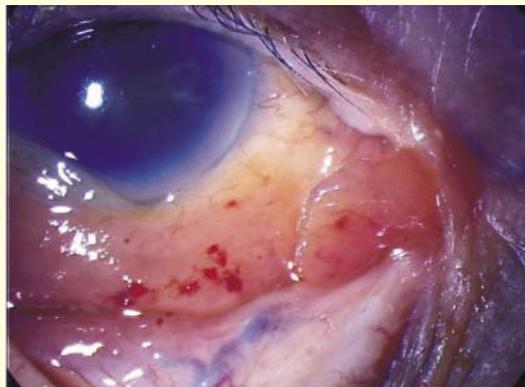
Los infiltrados leucémicos conjuntivales, aunque raros, son clínicamente similares a los linfomas.

### **Tumores vasculares**

#### ***Granuloma piogeno conjuntival***

Es una proliferación fibrovascular que aparece frecuentemente tras una cirugía, una inflamación o un trauma no quirúrgico.

**Figura 12.**  
**Linfoma conjuntival.**  
**Lesión rosa o salmónida**  
**en conjuntiva bulbar**  
**o fórnix**



Se presenta como una masa conjuntival roja con abundante vascularización. Está compuesta de un tejido de granulación con células inflamatorias crónicas y múltiples pequeños vasos sanguíneos (Figura 13).

Requieren resección quirúrgica, aunque a veces responden al tratamiento con corticoides tópicos.

#### *Hemangioma papilar conjuntival*

Aparece generalmente semanas después del nacimiento. Se presenta como una masa rojiza, a veces asociada a hemangioma capilar cutáneo u orbitario (Figura 14).

Sigue una evolución similar al hemangioma capilar, pues puede crecer durante varios meses y luego involuciona espontáneamente.

La gran mayoría no requieren tratamiento, se realiza un seguimiento. Se pueden usar corticoides sistémicos o excisión quirúrgica si es necesario.

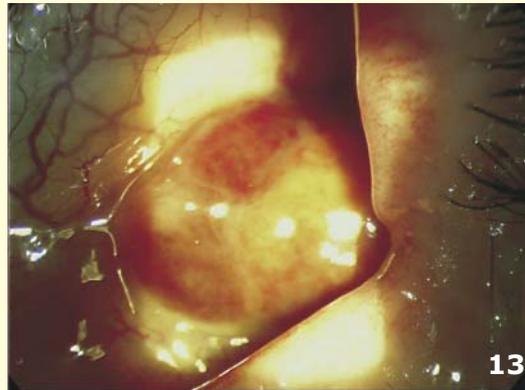
#### *Sarcoma de Kaposi conjuntival*

El sarcoma de Kaposi suele afectar a la piel de personas inmunodeprimidas. Con la llegada del SIDA, este tumor ha aumentado en frecuencia y puede afectar a mucosas como la conjuntiva. Es un tumor de crecimiento lento y baja malignidad. Se presenta como una masa roja, brillante y plana, generalmente en fondo de saco inferior. Se puede confundir con una hemorragia subconjuntival.

Responden bien a bajas dosis de radioterapia.

## Bibliografía

1. Hawkins AS, Yu J, Hamming NA, Rubenstein JB. Treatment of recurrent conjunctival papillomatosis with Mitomycin C. *Am J Ophthalmol* 1999;128:638-40.
2. Ramos-Lopez JF, Martinez-Costa R, Cisneros, *et al.* Tratamiento de las neoplasias conjuntivales intraepiteliales con colirio de Mitomicina al 0,02%. *Arch Soc Esp Ophthalmol* 2004;79:375-8.
3. Schechter BA, Rand WJ, Velazquez GE, *et al.* Treatment of conjunctival papillomata with topical interferon alfa-2b. *Am J Ophthalmol* 2002;109:268-70.
4. Tulvatana W, Bhattarakosol P, Sansopha L, *et al.* Risk factors for conjunctival squamous cell neoplasia: a mismatched case-control study. *Br J Ophthalmol* 2003;87:396-8.
5. Moubayed P, Mwakyoma H, Scheider DT. High frequency of human papillomavirus 6/11, 16



**Figura 13.**  
**Granuloma piógeno**

**Figura 14.**  
**Imágenes de angiomas conjuntivales**



and 18 infections in precancerous lesions and squamous cell carcinoma of the conjunctiva in subtropical Tanzania. *Am J Clin Pathol* 2004;122: 938-43.

6. Erie JC, Campbell RJ, Liesegang TJ. Conjunctival and corneal intraepithelial and invasive neoplasia. *Ophthalmology* 1986;93:176-83.

08. Shields CL, Naseripour M, Shields JA. Topical Mitomycin C for extensive, recurrent conjunctival-corneal squamous cell carcinoma. *Am J Ophthalmol* 2002;133:601-6.
9. Kemp EG, Harnett AN, Chatterjee S. Preoperative and intraoperative local mitomycin C adjuvant therapy in the management of ocular surface neoplasias. *Br J Ophthalmol* 2002;86:31-4.
10. Siganos CS, Kozobolis VP, Christodoulakis EV. The intraoperative use of mitomycin-C in excision of ocular surface neoplasia with or without limbal autograft transplantation. *Cornea* 2002;21:840-1.
11. Shields CL, Demirci H, Marr BP. Chemoreduction with topical mitomycin C prior to resection of extensive squamous cell carcinoma of the conjunctiva. *Arch Ophthalmol* 2005;123:109-12.
12. Wiechens B, Swensson B. General metastases in squamous cell carcinoma of the conjunctiva. *Kli Monatsbl Augenheilkd* 2002;219:813-6.
13. Chalansi R, Giblin M, Conway RM. Role of topical chemotherapy for primary acquired melanosis and malignant melanoma of the conjunctiva and cornea: review of the evidence and recommendation for treatment. *Clin Experiment Ophthalmol* 2006;34:708-14.
14. Bongiorno MR, Lodato G, Affronti A, et al. Amelanotic conjunctival melanoma. *Cutis* 2006;377-81.
15. Shields CL, Shields JA. Tumors of the conjunctiva and cornea. *Survey of ophthalmology* 2004;49:3-20.