



**Gaceta**

ARTÍCULO CIENTÍFICO

# Degeneraciones y tumores conjuntivales

*Las degeneraciones y tumores de la conjuntiva son junto con los de los párpados, los más frecuentes del ojo. Podemos hallar desde lesiones benignas hasta malignas que ponen en peligro la función visual y hasta la vida del paciente. En el caso de los tumores pueden darse en cualquiera de las células, aunque los más habituales son los de origen epitelial, de los cuales su prevalencia es entre un tercio y la mitad del total de ellos.*

*En cuanto a los tumores pigmentados la mayoría de ellos son benignos, aunque a veces la diferenciación es difícil, para lo cual se necesita la realización de una biopsia.*

*Es interesante conocer los más frecuentes ya que posiblemente seamos nosotros, los ópticos-optometristas, los primeros que los detectemos en la práctica diaria y así poder orientar y aconsejar a nuestro paciente.*

## **PALABRAS CLAVE**

Degeneración conjuntival, opacificación, pterigion, pinguécula, tumores conjuntivales, manchas de Bitot, carcinoma, nevo, melanocitos.

## **RECUERDO ANATOMO-HISTOLÓGICO**



La conjuntiva es una membrana mucosa transparente, fina y flexible que se extiende desde la superficie interna de los párpados y la mayoría de la superficie externa del globo ocular, continuándose con la piel a nivel del borde palpebral y con la córnea en la unión córneo-escleral (limbo esclerocorneal). Podemos distinguir tres partes en la conjuntiva:

> **Conjuntiva tarsal:** tapiza los párpados por dentro y está adherida a la lámina tarsal.

Sonia Carratalá Ferre,  
Coleg. 14.214.

> **Conjuntiva de fórnix o fondo de saco:** se dobla sobre sí misma y continua con la porción bulbar. Los pliegues que forma permiten a este nivel una gran movilidad del globo ocular.

> **Conjuntiva bulbar:** cubre la superficie escleral junto con la cápsula de Tenon.

La inervación sensorial proviene del V par craneal y la vascularización de la conjuntiva tarsal proviene de ramas de las arcadas marginales de los párpados y la de la conjuntiva bulbar proviene de las arterias ciliares anteriores. Las conexiones linfáticas de la conjuntiva son paralelas a las de los párpados drenando a los nódulos linfáticos preauriculares y submandibulares. Su función más importante es la producción de la capa mucosa de la lagrime y también actúa como barrera ante cuerpos extraños o infecciones. Consta de un epitelio estratificado no queratinizado de dos o más capas en el que se encuentran los melanocitos que producen melamina y también las células calciformes, las cuales se encuentran en mayor número en la porción infero-nasal de la conjuntiva bulbar. Los folículos pilosos finos, glándulas sebáceas y glándulas lagrimales accesorias se encuentran en el pliegue semilunar. Y éste y la carúncula están situados en el canto interno.

## DEGENERACIONES CONJUNTIVALES

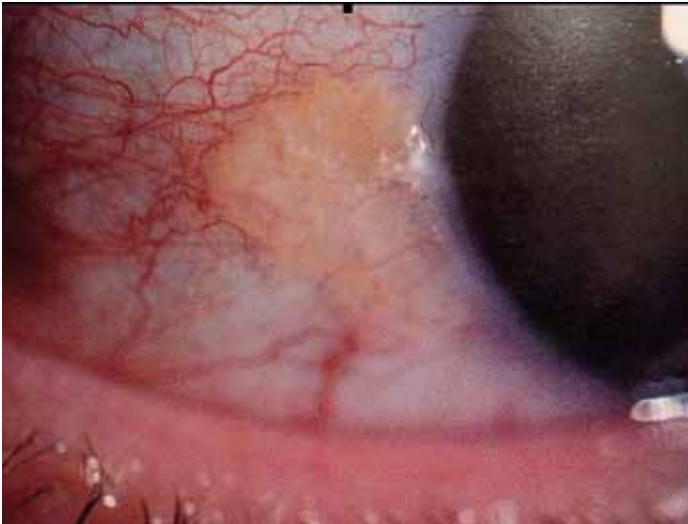
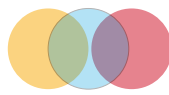
**Pterigion:** Es una proliferación degenerativa de la conjuntiva limbar nasal y suele tener presencia bilateral. A la exploración se encuentra una área triangular elevada de conjuntiva bulbar, la cual contiene vasos sanguíneos, que avanza sobre la córnea opacificándola. Si la lesión progresa rápidamente puede representar una amenaza para la visión. Se trata de un crecimiento no canceroso, cuya incidencia es dos veces más probable en hombres que en mujeres y es muy raro encontrarlo en niños. Su predominio nasal puede ser explicado como resultado de que los rayos solares pasan laterales a través de la córnea y son focalizados en el área límbica. Los factores que intervienen en su desarrollo son la sequedad ocular y la exposición solar, por lo cual es más frecuente en climas cálidos y soleados, así como en zonas cercanas al ecuador y en zonas con



Lesión vascularizada en forma de ala que afecta al limbo nasal, con extensión variable sobre la córnea. *Atlas de Oftalmología. JJ Kanski.*

mucho viento. Puede ser asintomático o producir irritación o incluso si crece mucho sobre la córnea puede producir astigmatismo o baja AV por opacificación que afecta al área pupilar. Las lágrimas artificiales ayudan a prevenir su inflamación. En caso de que esta exista se pueden utilizar gotas con corticoides o fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES). El tratamiento por razones estéticas consiste en la extirpación quirúrgica, también se puede extirpar si la lesión progresa hacia el eje visual o en el caso que se produzcan molestias importantes. Estudiando el grado de dilatación vascular en el centro del mismo se puede demostrar si hay actividad en la lesión. El índice de recidiva es elevado sobre todo en países con un gran nivel de exposición solar. Al ser la recidiva un hecho frecuente se pueden adjuntar tratamientos intraoperatorios con antimetabólitos, que inhiben la proliferación fibroblástica o radiación beta postoperatoria para prevenir un nuevo crecimiento.

**Pinguécula:** Lesión degenerativa de aspecto amarillento que se forma en la conjuntiva bulbar adyacente al limbo en el lado nasal, o más tarde en el limbo temporal. Podemos hallar depósitos elevados que aumentan gradualmente de tamaño hasta que lindan con la córnea pero no la invaden; por tanto, al no invadirla, no afectan a la visión. Al igual que el pterigion, es una degeneración no cancerosa que se ve ➔



Nódulo blanco grisáceo o amarillento cerca del limbo nasal, que en ocasiones puede inflamarse. *Atlas de Oftalmología*. JJ Kanski.



Papiloma escamoso pediculado. Tumor con proyecciones digitiformes que se localiza en la conjuntiva palpebral, el fórnix o la carúncula. *Atlas de Oftalmología*. JJ Kanski.

➔ favorecida por la exposición solar y suele darse en personas de 40 años, aunque a veces se presenta en personas de 20 a 30 años. Está formada por una degeneración de fibras del estroma conjuntival (colágeno) con adelgazamiento epitelial y en ocasiones calcificación. Si se inflama da lugar a pingueculitis, la cual puede verse favorecida en ambientes muy secos con viento y exceso de radiación solar.

Si hay sensación de cuerpo extraño se pueden utilizar lágrimas artificiales que ayudan a evitar que el área se inflame, aunque no suelen producir inflamación que provoque sintomatología por lo que es rara su extirpación. A veces, la pingüecula puede llevar a la formación de pterigion.

**Xerosis:** Degeneración epitelial con queratinización inducida por la atrofia de células caliciformes. El epitelio de la conjuntiva se transforma, pasando del tipo cilíndrico normal al tipo escamoso estratificado. Se observan en la conjuntiva unos puntos cerca del limbo denominados “manchas de Bitot” y en la córnea encontramos queratitis punteada. Es una de las causas más frecuentes de ceguera en países en vías de desarrollo. Suele ir asociada al síndrome de ojo seco, en el cual la sequedad de las superficies oculares es causada por deficiencia de lágrimas o secreciones conjuntivales, avitaminosis A, causticaciones, síndrome de Sjögren, tracoma... Si la causa es deficiencia de vitamina A, los cambios desaparecen tras la administración local y sistémica de dicha vitamina, de lo contrario conduce a ceguera en el plazo de algunos años. Clínicamente las alteraciones se manifiestan con ausencia de humectabilidad, la zona afectada aparece rugosa, cuando la xerosis alcanza la conjuntiva bulbar e inferior debe considerarse grave y, como se ha comentado casi siempre, se acompaña de participación corneal.

**Litiasis:** Calcificación de las criptas de Henle con degeneración del epitelio conjuntival. Su localización es en la conjuntiva tarsal, tiene aspecto blanquecino y su consistencia es dura. Si al rozar originan erosiones en la córnea deberían ser extirpadas, aunque la mayoría permanecen sin causar molestias y su tamaño raramente sobrepasa el de la cabeza de un alfiler. Es más frecuente en sujetos afectados de conjuntivitis crónica.

## TUMORES CONJUNTIVALES

Aunque son bastante infrecuentes, es importante su diferenciación ya que a veces pueden plantear problemas en su diagnóstico. Para determinar su evolución suele ser útil hacer

fotografías seriadas. Para llegar a un diagnóstico suele ser necesario la realización de una biopsia.

## TUMORES EPITELIALES.

**Papilomas:** Son lesiones benignas de aspecto pediculado (más frecuentes en niños y su localización es en el fornix inferior) o sésil (más frecuentes en adultos y se localizan en la conjuntiva bulbar) con una superficie ligeramente irregular y consistencia blanda. Se suele atribuir con frecuencia a una infección por papilomavirus (origen viral) y aparece en pacientes de más de 40 años, en la carúncula o en los forniceles.

Suelen ser asintomáticos y no suele haber inflamación. Muchas veces son difíciles de distinguir de lesiones precancerosas y carcinomatosas.

Histológicamente se trata de ejes conectivo-vasculares recubiertos de epitelio conjuntival acantótico, sin signos de atipia.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica y cuando sea posible debe incluir un área de conjuntiva sana alrededor de la base.

**Quiste dermoide:** También llamados coristomas, constituye el tipo de tumor epibulbar más frecuente en niños. Son tumores congénitos que afectan al tejido de origen mesodérmico y ectodérmico. Aparece como crecimientos elevados de color amarillento que contienen tejido conjuntivo recubierto por epitelio y suelen estar situados en el limbo temporal inferior. Aunque no cambia de tamaño, su extirpación puede estar justificada por motivos estéticos.

Pueden estar asociados al síndrome de Goldenhar, como los lipodermoides, que son tumores de tejido adiposo amarillento y de consistencia blanda, móviles y está rodeado por tejido conjuntivo, localizado en el limbo o en el ángulo externo del ojo.

**Leucoplasia:** Aumento de células (hiperplasia) debido a inflamación o irritación crónica, que aparece como una lesión blanquecina, ele-

vada y definida que se comporta como precancerosa y que crece lentamente en el epitelio del área interpalpebral.

La fuente de inflamación suele ser una pingüecula o pterigion preexistente con inflamación crónica.

Histológicamente, el epitelio prolifera formando lóbulos y encontramos una marcada inflamación estromal subyacente.

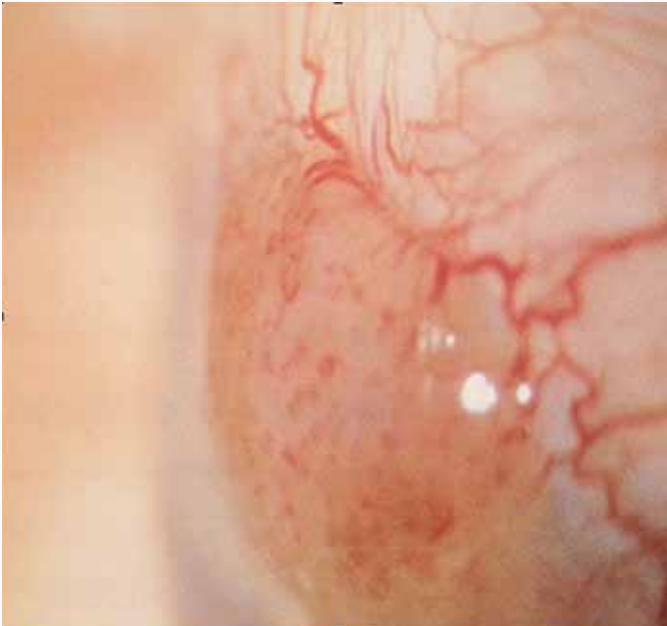
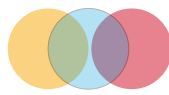
La queratinización y el crecimiento en profundidad son indicativos de malignización de la lesión.

**Epitelioma intraepitelial:** También llamado carcinoma in situ o enfermedad de Bowen. Enfermedad premaligna, infrecuente y unilateral que aparece en individuos de 60-70 años y de piel clara. Crece por extensión lateral en el epitelio, sin invadir el tejido subyacente. Se observa una masa gelatinosa, pudiendo ser sésil o papilomatosa, generalmente en la hendidura interpalpebral afectando al limbo con bordes mal definidos, con queratinización que puede ir acompañada de una reacción inflamatoria de la conjuntiva circundante.

Puede aparecer en jóvenes inmunodeprimidos y su desarrollo puede deberse a algún origen vírico como el papiloma humano o el virus de la inmunodeficiencia adquirida, u otros factores como la exposición solar o factores ambientales como exposición a derivados del petróleo, aceites industriales, tabaquismo...

Debido a la imprecisión de sus límites, es más fácil la recesión incompleta, lo que da lugar a frecuentes recidivas. Pero la mayoría de estas lesiones no siguen el curso de un tumor maligno, ya que no suelen ser invasivas y no suelen metastatizar.

**Carcinoma de células escamosas:** Afección rara que se desarrolla con frecuencia en la zona interpalpebral del limbo pudiendo llegar a ocupar toda la conjuntiva bulbar y puede seguir extendiéndose e invadir la órbita. Es un pequeño nódulo gris que a medida que crece se extiende alrededor del limbo. Se asocia a ➔



Carcinoma invasivo de células escamosas. Tumor papilar. *Atlas de Oftalmología*. JJ Kanski.

➔ grandes vasos, lo que nos debe hacer sospechar su origen maligno, y se caracteriza por la invasión profunda del estroma.

Se originan a partir de queratosis actínicas y neoplasias intraepiteliales y aparece cuando un carcinoma in situ rompe la membrana basal e invade el tejido subconjuntival accediendo a los vasos linfáticos y adquiriendo potencial metastático.

Podemos encontrar otros tipos de carcinomas mucho más agresivos que el anterior, como puede ser: carcinoma escamoso fusiforme y carcinoma mucoepidermoide, aunque su incidencia es muy rara.

El tratamiento debe ser precoz y consiste en una escisión local amplia, aunque son frecuentes las recidivas. En los casos muy avanzados es necesaria la enucleación o la exenteración orbitaria.

**Tumores pigmentados.** Los tumores pigmentados representan el 50% de las degeneraciones conjuntivales y afectan más a la raza blanca.

Los responsables de dichos tumores son los melanocitos epiteliales situados en la capa basal.

Estos tumores abarcan desde lesiones benignas hasta malignas, siendo algunas letales como es el melanoma.

**Nevus:** Son lesiones benignas y congénitas, aunque a veces no aparecen hasta la edad adulta. Es la lesión más común de la conjuntiva.

Los nevus permanecen estables durante toda la vida por lo que cualquier cambio de tamaño, color o apariencia nos puede hacer sospechar su transformación maligna en melanoma. Esto si ocurre es en la edad adulta, a partir de los 40 años.

Se mueven sobre la esclera y no se extienden sobre la córnea. El 30% son “no pigmentados”.

No suelen aparecer en fondo de saco y conjuntiva tarsal, por lo que si aparecen debe ser biopsiada o considerada melanoma.

Son manchas de color parduzco cerca del limbo o de la carúncula y de bordes bien definidos. Son lesiones planas o ligeramente elevadas, que pueden aumentar de tamaño durante la pubertad o el embarazo.

La mayoría de ellos no malignizan, por lo que la escisión sólo se plantea si hay cambios rápidos, desarrollan vasos nutricios o producen irritación crónica si se elevan.

**Melanosis epitelial conjuntival:** Se trata de áreas planas de color pardo más intensas en el limbo, situadas en la hendidura interpalpebral, son bilaterales y se movilizan sobre el globo ocular. Más frecuente en sujetos de raza negra, se debe a una mayor pigmentación del epitelio conjuntival y suele aparecer en los primeros años de vida, estabilizándose en la juventud.

**Melanosis subepitelial:** Anomalía congénita, que es el resultado de la migración incompleta de los melanocitos desde la cresta neural y se muestra con un área de pigmentación de color gris azulado que se extiende hacia el



tación ipsilateral de la piel de la cara, la cual sigue la distribución de la primera y segunda división del trigémino, en este caso se denomina melanosis oculodérmica o nevus de Otta.

Los bordes no se mueven con la conjuntiva, dibujan los vasos sanguíneos. Suele producir heterocromía de iris y de fondo ocular; los melanocitos se encuentran más en la esclera que en la conjuntiva y están uniformemente pigmentados. No se ha demostrado que tengan tendencia a la malignización, pero los pacientes que presenten nevus de Otta tienen mayor riesgo de desarrollar melanoma en el tracto uveal.

**Melanosis adquirida:** Comienza como una pigmentación sutil e irregular que se extiende por toda la conjuntiva, incluido fondo de saco y conjuntiva tarsal, es una lesión plana que cuando deja de serlo nos indica malignización.

Podemos encontrarla en su forma benigna, si solo existe hiperpigmentación difusa, aunque también puede degenerar en forma maligna, o encontrarla en su forma maligna si además existen atipias celulares.

Dentro de la vertiente maligna distinguimos dos subtipos:

**Melanoma de extensión superficial,** el cual se caracteriza por la presencia de una o más áreas de pigmentación en la conjuntiva, avanza radialmente con rapidez y acaba invadiendo los tejidos subepiteliales pudiendo metastatizar. Aparece en personas de edad avanzada.

**Léntigo maligno o peca de Hutchinson,** tiene mejor pronóstico que el anterior, ya que crece más lentamente, pudiendo pasar décadas antes de que produzca invasión subepitelial, se acompaña de lesiones dérmicas en la cara y afecta a pacientes ancianos.

Ambos tipos se consideran melanomas no primarios.

**Melanoma maligno:** Es un tumor infrecuente que puede presentarse primariamente



Melanosis conjuntival. Patología de la conjuntiva. M.J. Maldonado López y J.E. Onrubia Fuertes.

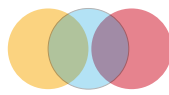
o por evolución tanto de un nevus como de una melanosis.

Tiene forma variada, desde plano hasta lobulado, y aunque puede afectar a cualquier parte de la conjuntiva tiene predilección por el limbo; cuando avanza puede extenderse sobre la córnea, es de coloración oscura muy característica.

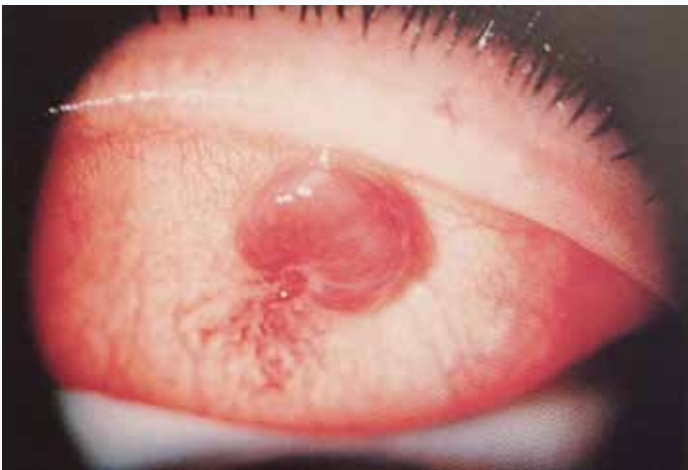
Los melanomas avanzados pueden invadir los párpados y la órbita, en este caso el único tratamiento es la enucleación. Si por el contrario es circunscrito se puede resear localmente extirpando más tejido como margen de seguridad.

## OTROS TUMORES CONJUNTIVALES

**Carúncula:** Podemos encontrar su forma benigna, llamado oncocitoma, que aparece en la glándula y saco lagrimal. Es una masa sonrosada elevada, que se presenta en personas mayores y tiene un crecimiento lento. La forma maligna, llamada carcinoma de células sebáceas, tiene incidencia muy rara, pero es el tumor maligno más frecuente de la carúncula. Se origina en las glándulas sebáceas y puede simular una conjuntivitis unilateral. ➔



Melanoma de la conjuntiva. Patología de la conjuntiva. M.J. Maldonado López y J.E. Onrubia Fuertes.



Hemangioma vascular. Lesión rojo brillante que se blanquea con la presión. Atlas de oftalmología. JJ Kanski.

⊕ **Granuloma piogénico:** Aparece después de un traumatismo, ya sea quirúrgico o accidental, y es una lesión pedunculada y papilomatosa de color sonrosado. Ha de diferenciarse del papiloma por la velocidad de progresión y el antecedente de trauma.

**Hemangioma:** Proliferaciones vasculares benignas que se localizan en la conjuntiva o forman parte de los que afectan a otras estructuras. No son muy habituales en la conjuntiva pero pueden afectar los de los párpados, aunque suelen desaparecer en los primeros años de vida.

**Linfangioma:** Dilatación de los vasos linfáticos de la conjuntiva, que forma una masa

irregular y rojiza, aparecen en la conjuntiva bulbar o tarsal.

**Sarcoma de Kaposi:** Es una de las manifestaciones más precoces de pacientes con SIDA y consiste en la aparición de nódulos subepiteliales en el fórnix o conjuntiva palpebral. La afección conjuntival suele ser el primer signo clínico del SIDA. 🌈

## REFERENCIAS

**Aguilar Bartolomé JM.** Concreciones calcáreas de la conjuntiva. *Archivos de la sociedad Oftalmológica Hispano Americana*, 1954. DEC; XIV (12): 1429-50.

**Archila EA, Arenas MC.** Etiopathology of pinguecula and pterygium. *Cornea* 1995. Sept; 14(5):543-4.

**Farjo QA, Sugar A.** Pterygium and conjunctival degenerations. In: Yanoff M, Duker JS, eds. *Ophthalmology*. 3rd. St. Louis, MO: Mosby Elsevier 2008; chap.4-9.

**Fernández Pérez J, Alañón Fernández FJ, Ferreiro López S.** Oftalmología en atención primaria. Ed. Formación Alcalá. 2001;135-53.

**Gómez Cabrera CG, Falcón Márquez I, Villamil Martínez V, Padilla González C.** Lesiones pigmentadas de párpado y conjuntiva. *Rev. Cubana Oftalmol.* 2002;15(1):57-61.

**Kanski JJ, Nischal KK.** Atlas de Oftalmología. Signos clínicos y diagnóstico diferencial. Ed. Harcourt, SA. 1999; p. 67-103.

**Marshall W.** Keloids and skin papilomas. *Med Times*. 1951. April 79(4): 222-4.

**Martí Huguet T.** Signos clínicos en patología de la córnea y de la superficie ocular. Correlación fisiopatológica e implicaciones terapéuticas. Ed. Domenech Pujades, SL. 1994. 9-20.

**Menezo Rozalén JL, Onrubia fuertes JE, Harto Castaño.** Principios de patología y farmacología ocular. Ed. Onrubia Fuertes JE. 1993. 103-125.

**Saornil MA, Becerra E, Méndez MC, Blanco G.** Tumores de la conjuntiva. *Arch. Soc. Esp. Oftalmol.* Enero 2009. V.84. 7-22.