

PTERIGIÓN

DRA. ELVETHIA LIZBETT BAIZA
R-OFTALMOLOGÍA
HNR-2021



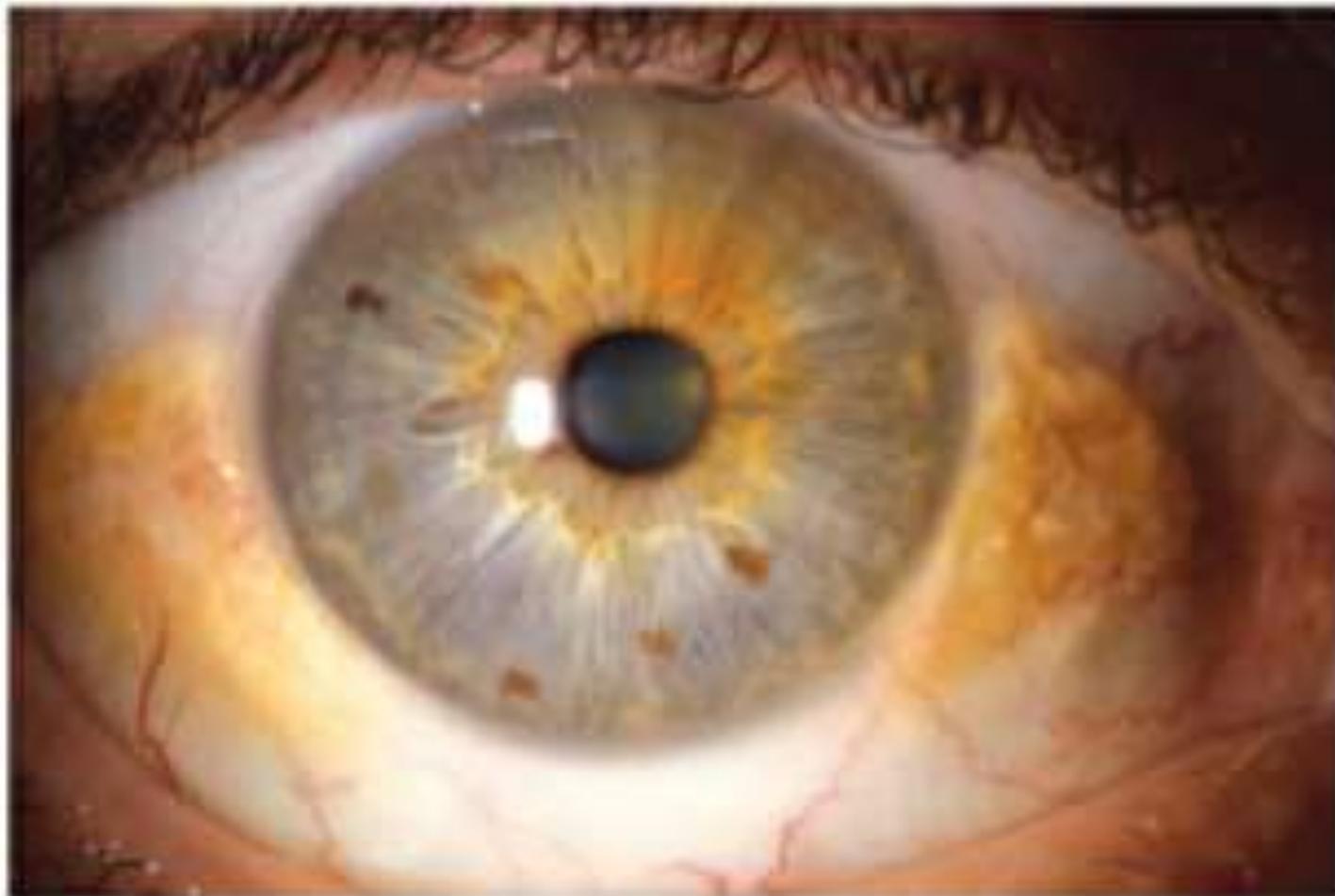
DEGENERACIONES

PINGUÉCULA

Degeneración elastósica del estroma conjuntival

Pequeño nódulo amarillentobilateral y típicamente ubicado en el limbo nasal o temporal.

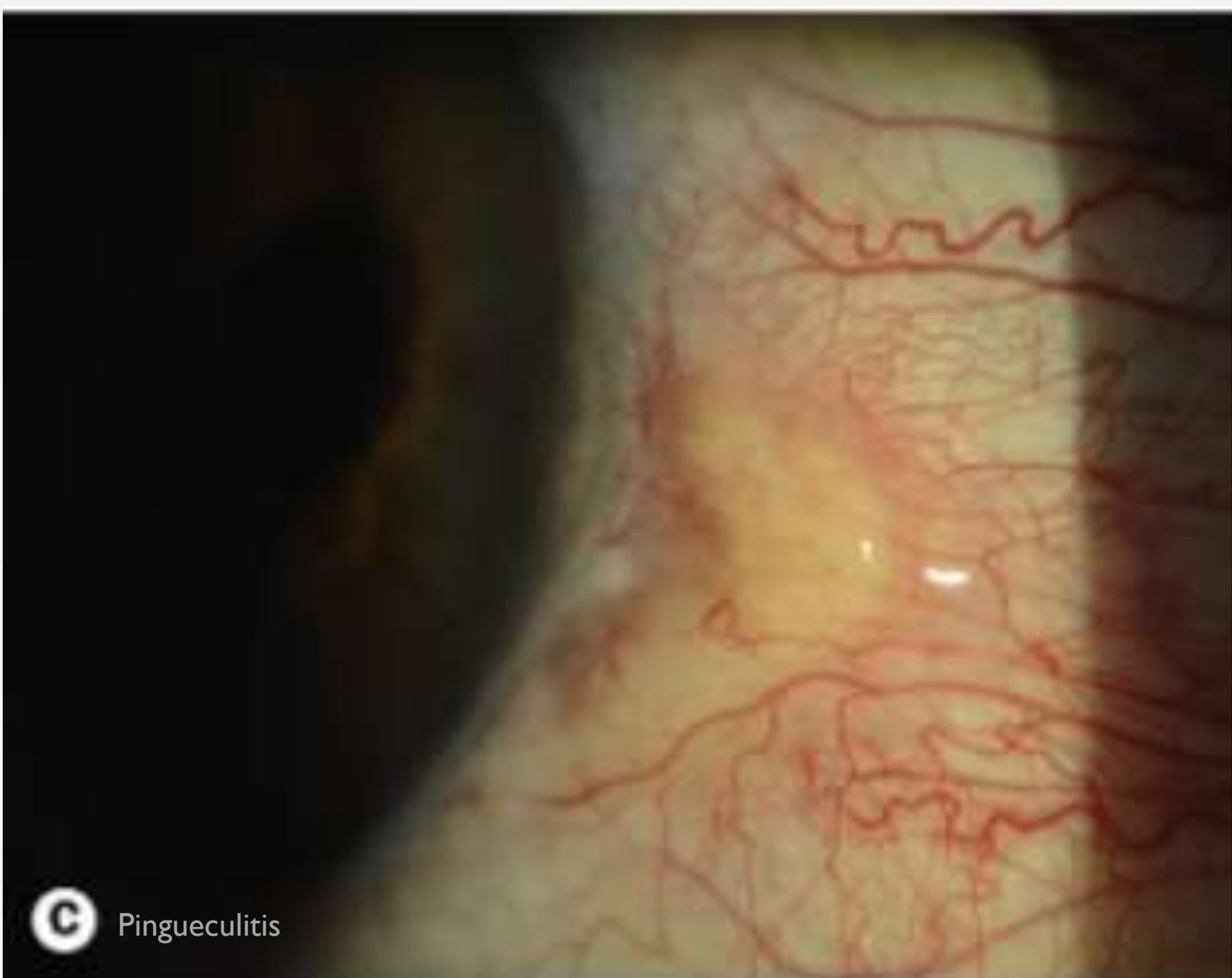
Una manifestación de daño actínico (exposición a la luz solar) u otro trauma ambiental, como polvo y viento.



La barrera límbica limita la extensión de la pinguécula, aunque esta puede transformarse en pterigión



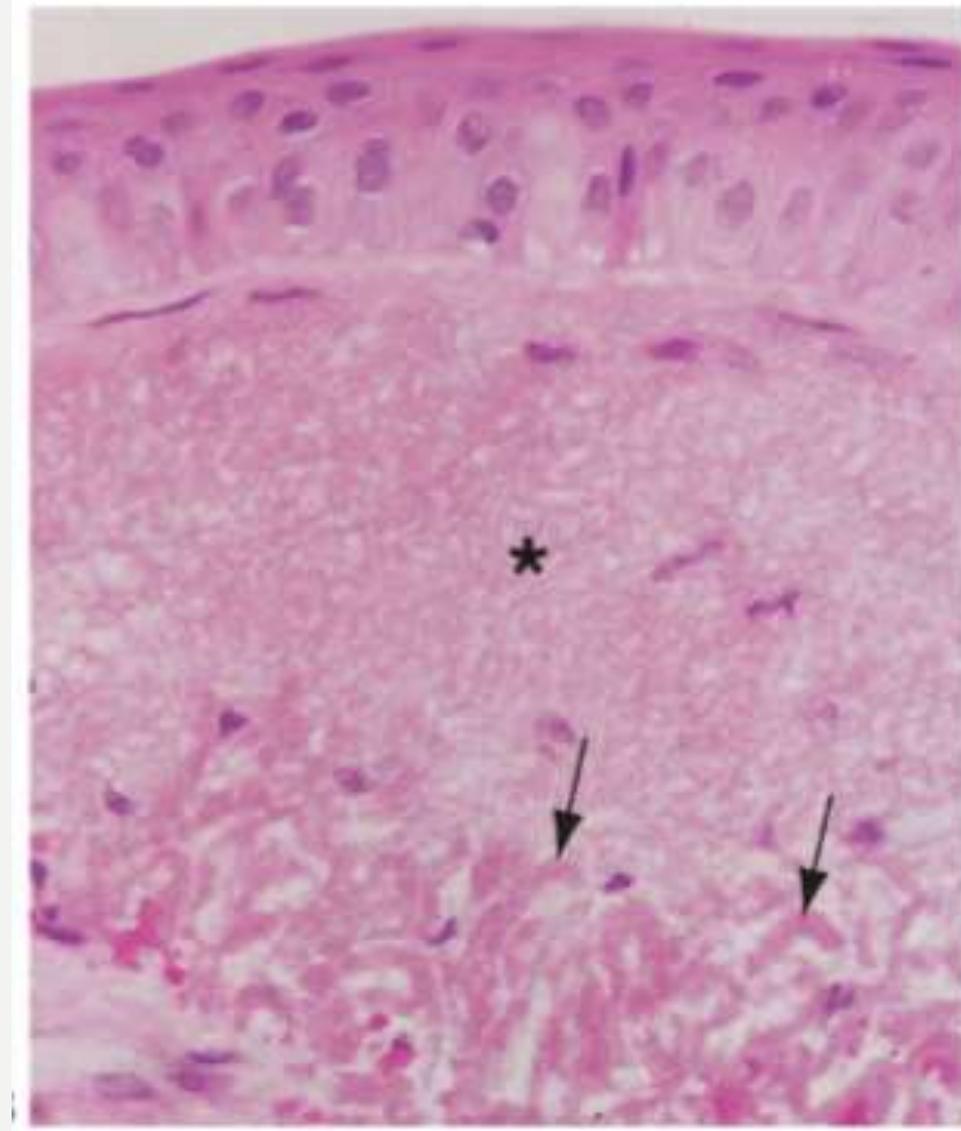
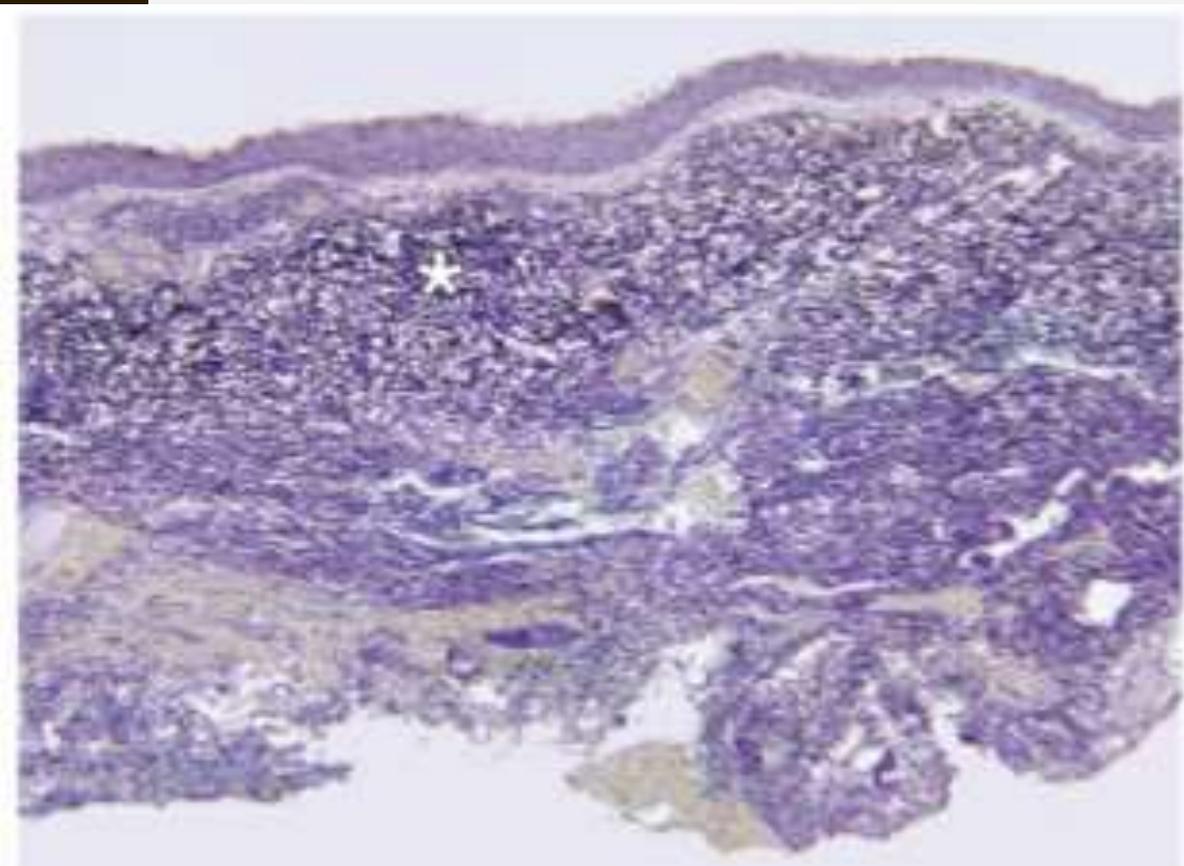
Calcificaciones



Pingueculitis

HISTOLOGÍA

Material acelular, amorfo, levemente basófilo en el estroma* y fibras gruesas y rizadas indicativas de degeneración elastótica.



Colorante Verhoeff-van Gieson para elastina, el material basófilo se tiñe de **negro**

No suele ser necesario ningún tratamiento

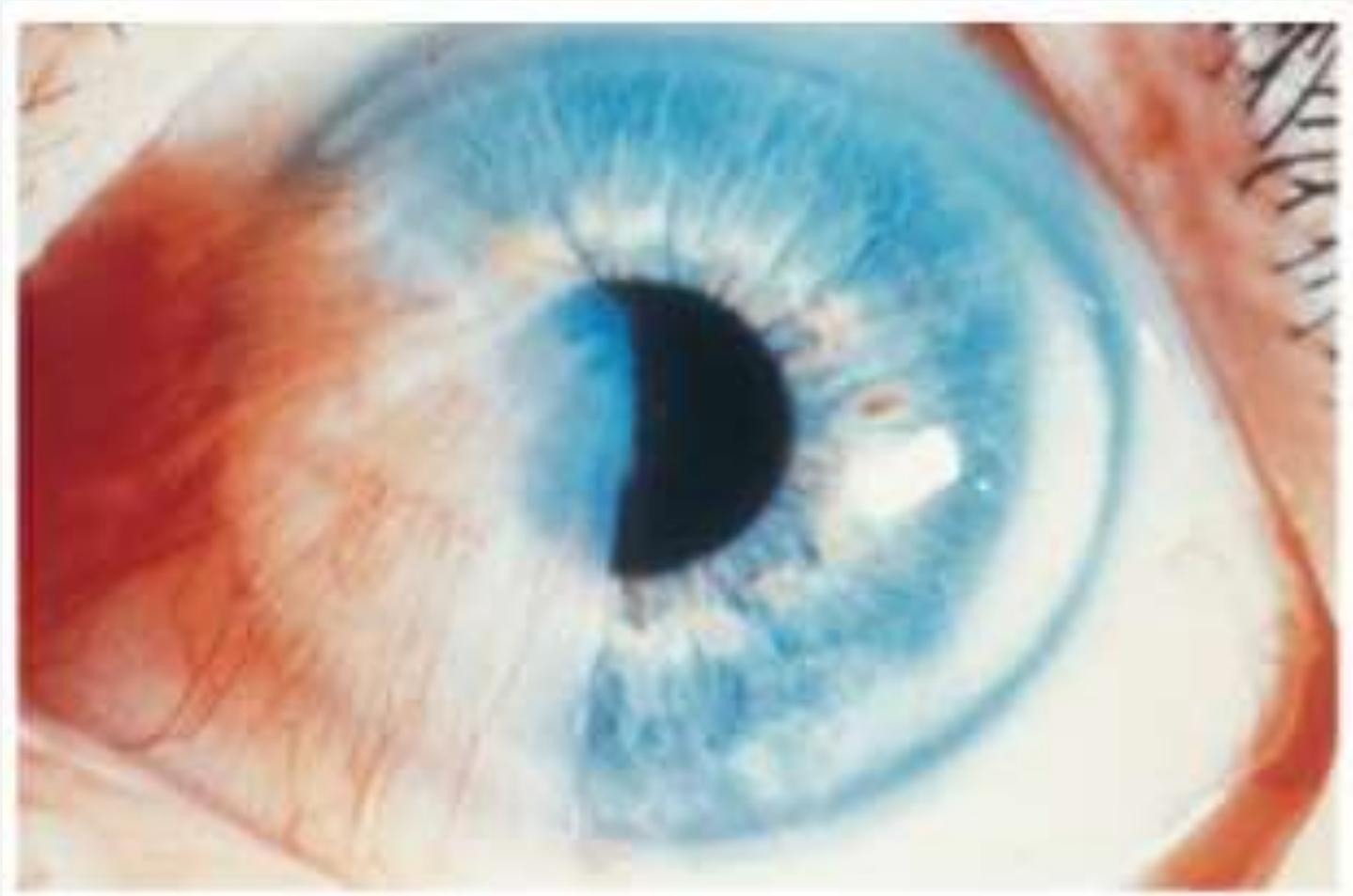
- Síntomas de irritación: lubricantes tópicos.
- Pingueculitis: lubricación si es leve o pauta corta de corticoides tópicos.
- Resección por motivos estéticos o irritación significativa
- Tasa de recurrencia baja, suele bastar con una escisión simple.
- Ablación con láser; marcar con violeta de genciana para garantizar adecuada absorción en personas de piel clara.

PTERIGIÓN

Lesión fibrovascular subepitelial de tejido degenerativo de la conjuntiva bulbar

Crece en forma de triángulo desde el limbo sobre la córnea. M Bowman.

Climas cálidos, reacción a la exposición UV, sequedad ocular crónica.



Epidemiología

- Máxima incidencia entre 20 – 30 años.
- Mas frecuente en ptes de climas cálidos.
- Incidencia >10% cerca del ecuador
- En personas que trabajan al aire libre.
- 1.2% urbano vs 6.7% rural
- > hombres que mujeres

- Síntomas: Irritación y arenilla.
- Dellen o desecación en el borde de avance de la lesión por alteración de la película lagrimal precorneal.
- Eje visual o por astigmatismo inducido.
- Inflamación intermitente.
- Estética
- Fibrosis subconjuntival con compromiso los fondos de saco y restricción de MEO.
- Tres partes: casquete, cabeza y cuerpo





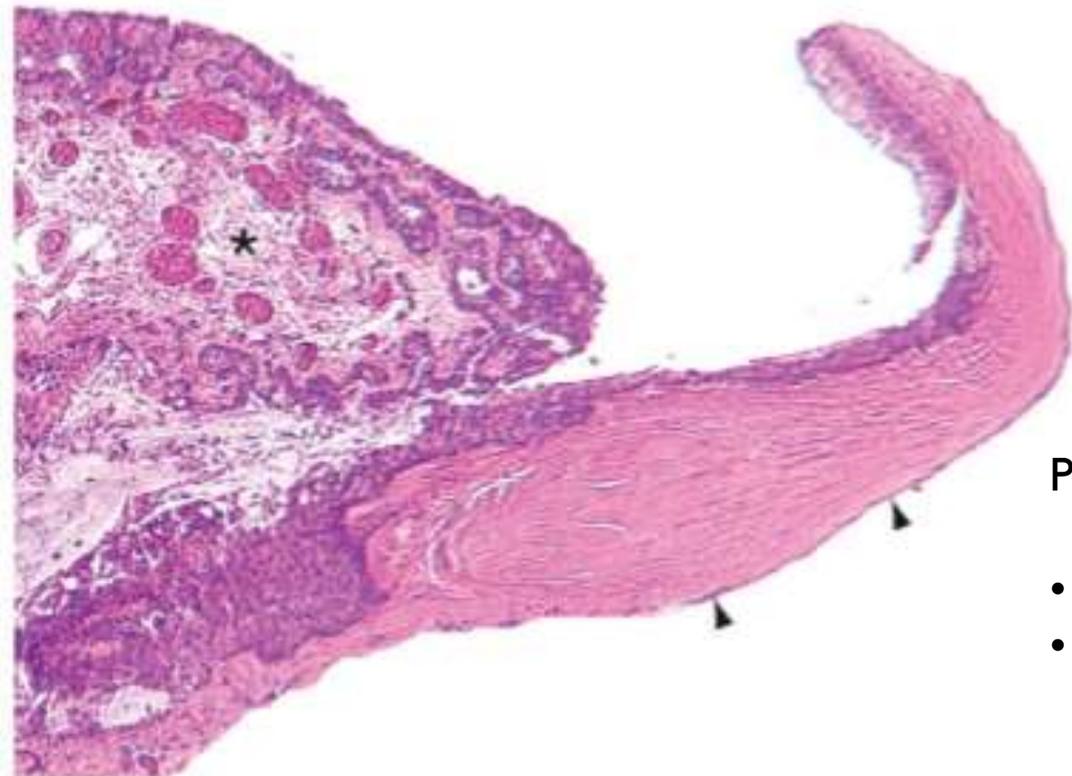
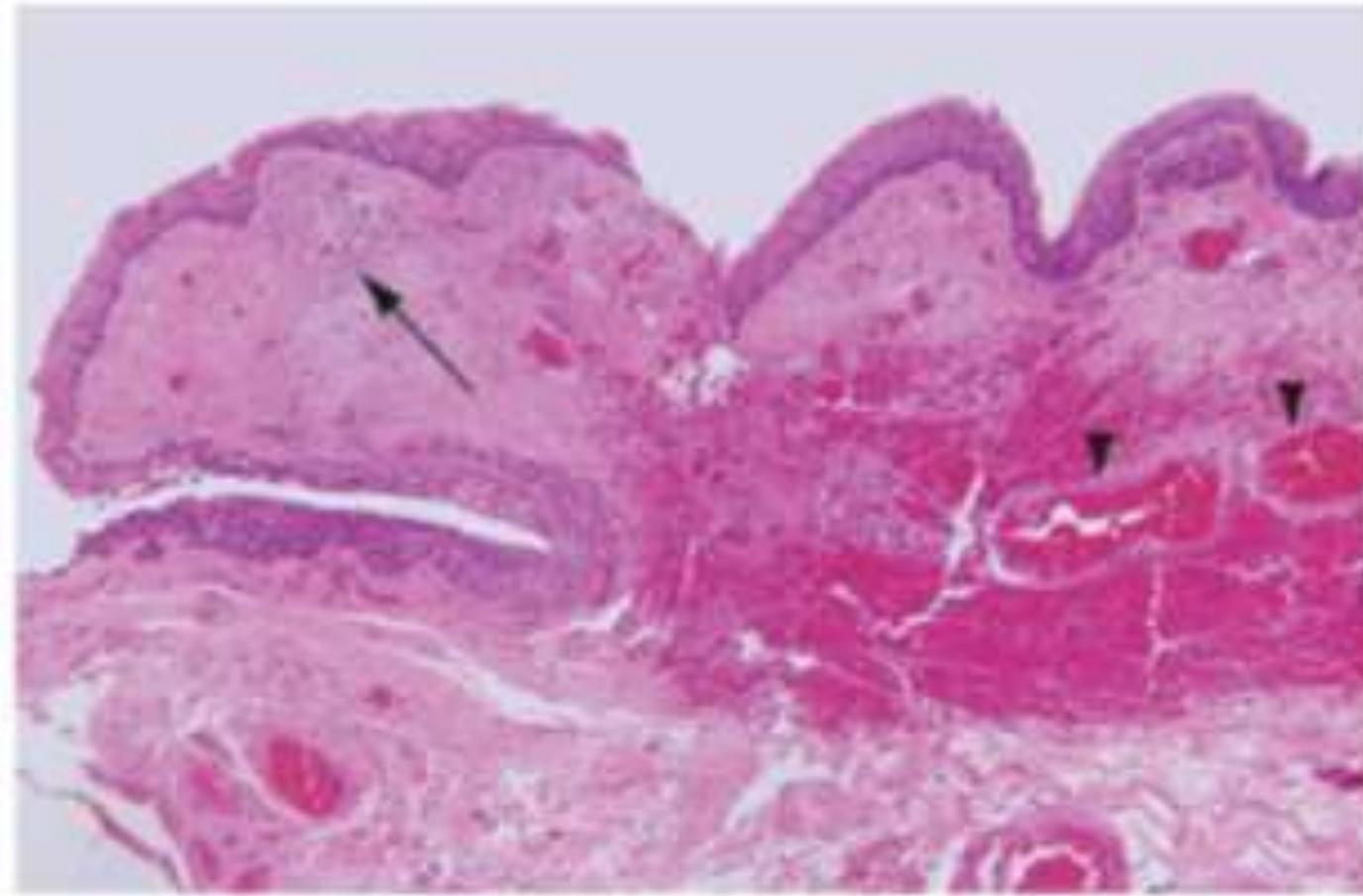
Depósito lineal de hierro (línea de Stocker)



Islotes de Fuchs: agrupación de células epiteliales

HISTOLOGÍA:

Degeneración elastótica, vasos sanguíneos prominentes.



Porciones conjuntival y corneal del pterigión.

- Vasos sanguíneos prominentes.
- Destrucción de la capa de Bowman por el crecimiento de tejido fibroconectivo en la porción corneal.

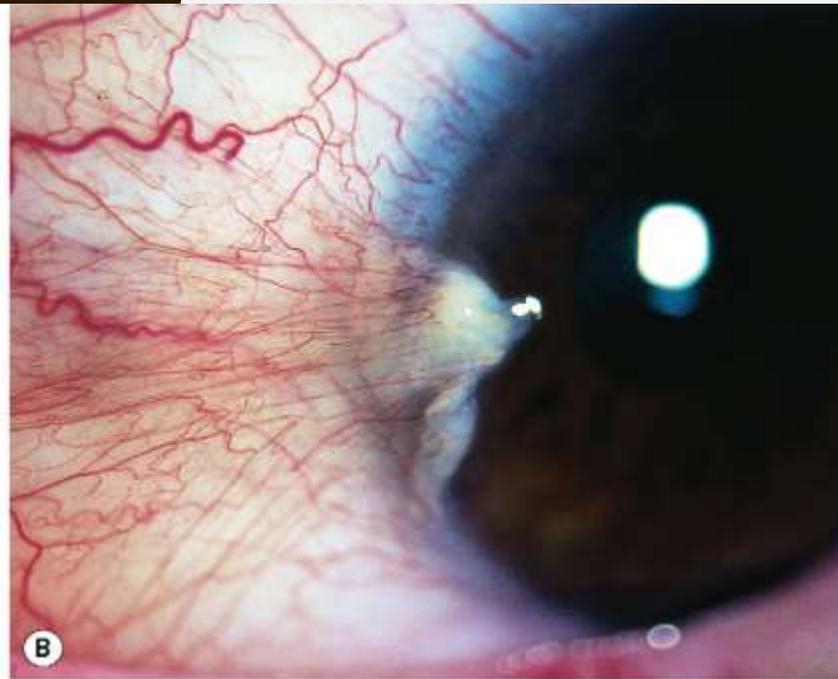
GRADOS

1 se extiende menos de 2 mm de la córnea.

2 afecta de 2-4 mm de la córnea y puede ser primario o recurrente después de la cirugía

3 invade >4 mm de la córnea y afecta al eje visual sin invasión completa

4 invade todo el eje pupilar





PSEUDOPTERIGIÓN

Aspecto clínico similar

Adherencia del vértice de una banda de conjuntiva a un área de córnea alterada

Tras episodios de inflamación aguda como causticaciones, úlceras corneales, traumatismos y conjuntivitis cicatrizantes.

Si se identifican características como

- hiperplasia epitelial,
- hipercromasia nuclear y pleomorfismo,
- y figuras mitóticas excesivas en una pinguécula o pterigión extirpados, se debe asignar un diagnóstico de neoplasia escamosa de la superficie ocular

Al igual que con el daño actínico de la piel
Existe la posibilidad de una futura transformación maligna
Casos raros

TRATAMIENTO

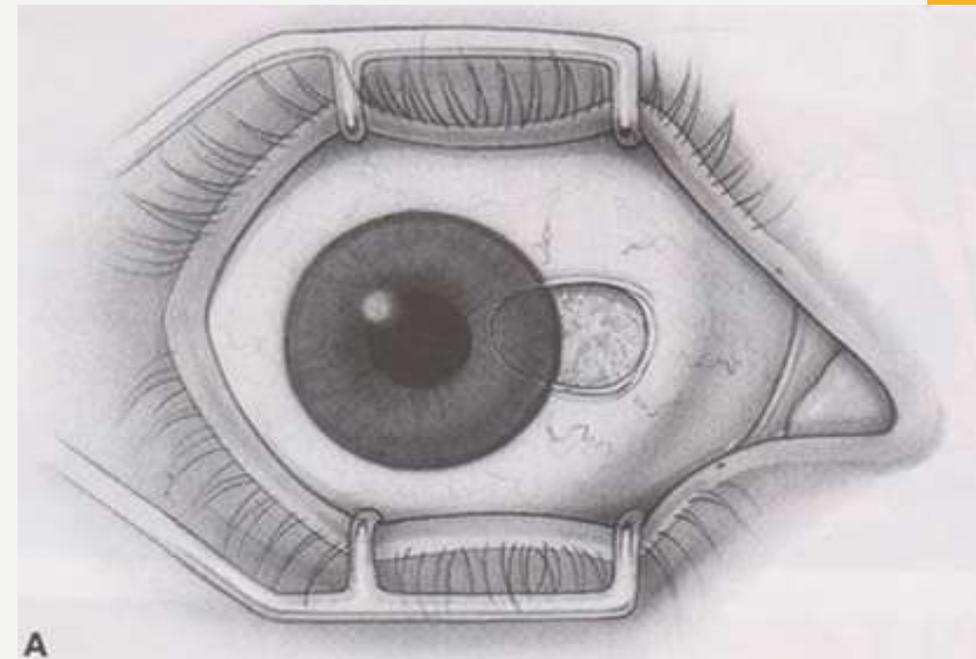
Lubricantes.
Gafas de sol
UV*

Manejo quirúrgico

A veces se emplea un tratamiento coadyuvante con mitomicina C o radiación b en vez de las técnicas con injertos. (Antimetabolitos)

La resección simple (técnica de la «esclera desnuda») recidivas (80%), a menudo con un comportamiento más agresivo que la lesión original.

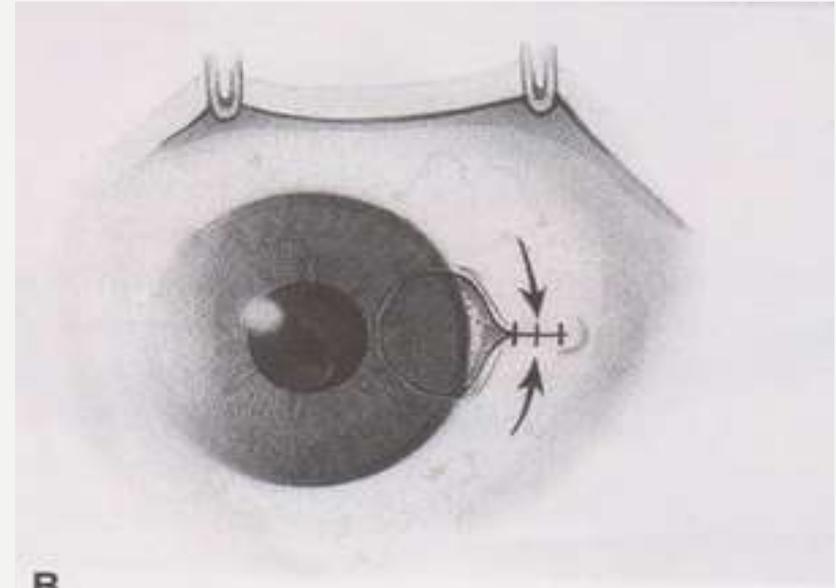
Curación 2-4 sem



Escisión con cierre primario

Cierre simple

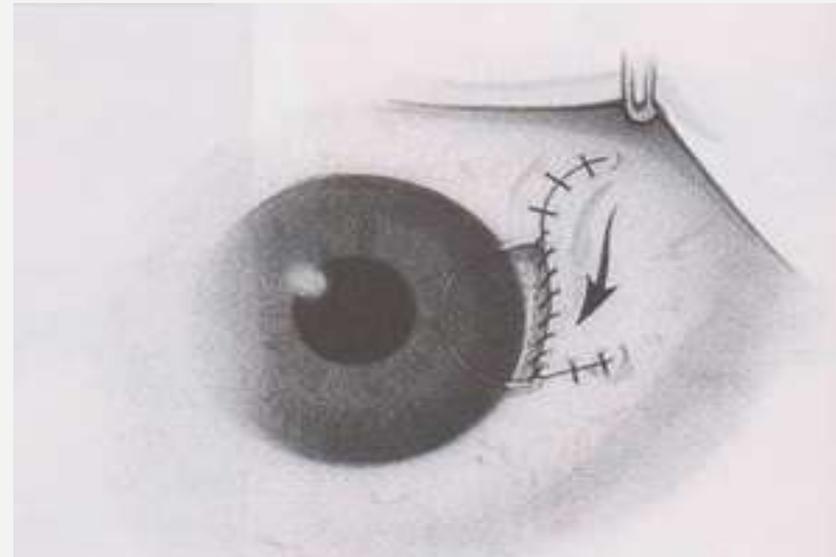
- Los tres bordes libres de la conjuntiva se suturan juntos
- Útil en defecto conjuntival pequeño



Escisión con cierre primario

Flap deslizable

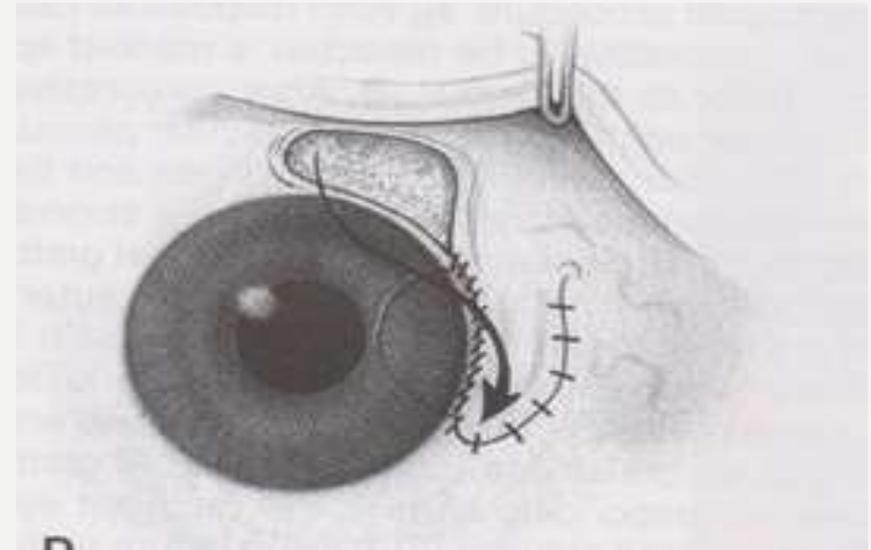
- Incisión en forma “L” adyacente al defecto posteriormente se desliza el flap para cubrir el defecto



Escisión con cierre primario

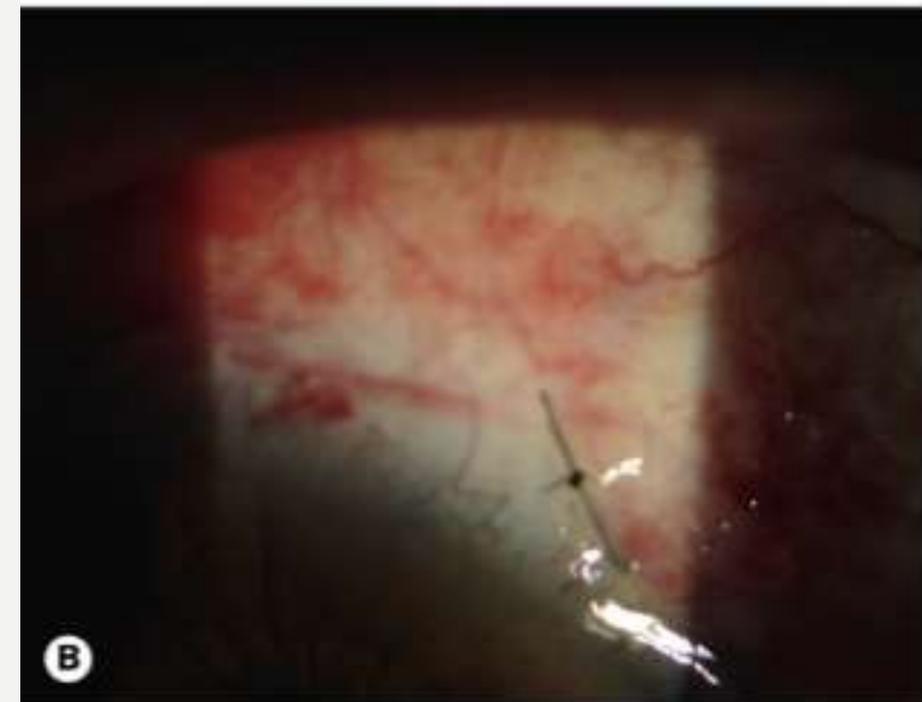
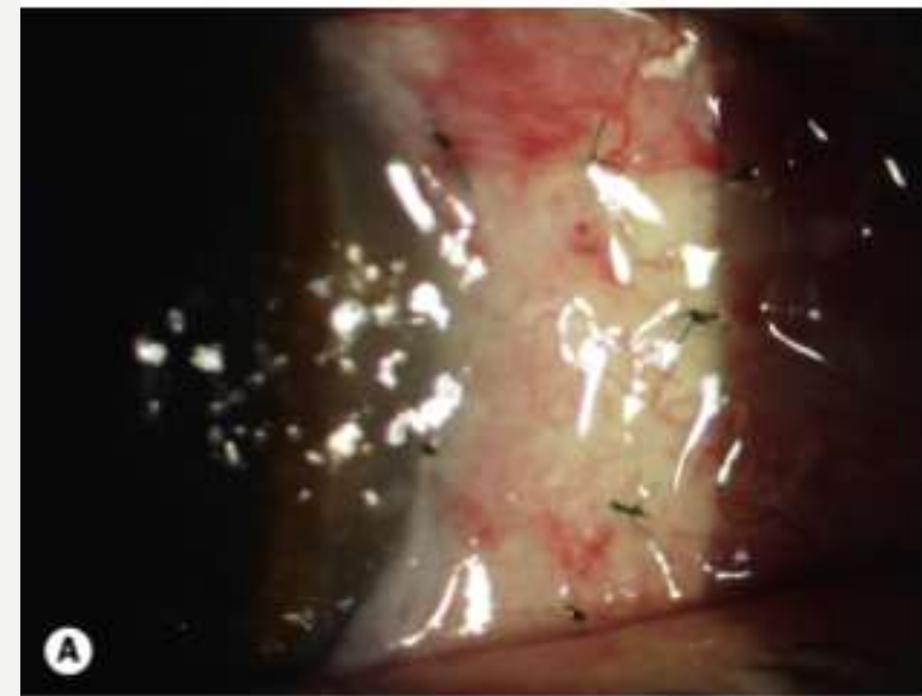
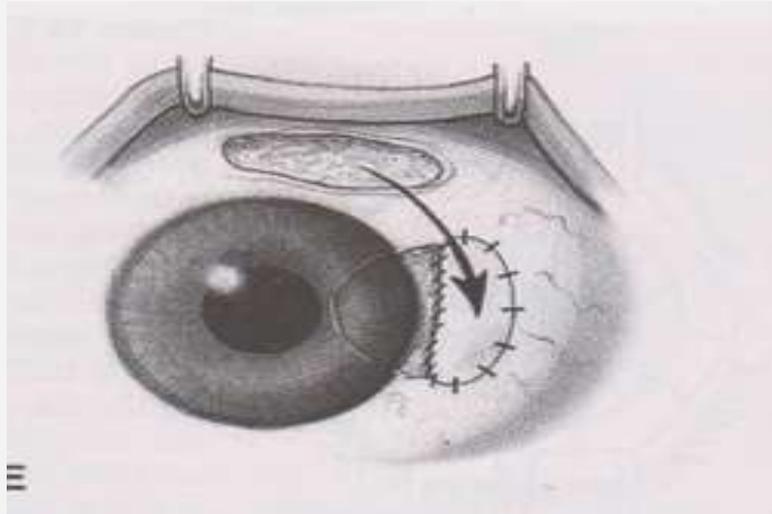
Flap deslizable

- Incisión en forma “u” adyacente al defecto posteriormente se rota el flap para cubrir el defecto



Autoinjerto conjuntival:

El parche de conjuntiva donante suele tomarse de la zona paralímbica superior o temporal superior, que normalmente sana rápidamente, incluso sin suturas. Parche de membrana amniótica.

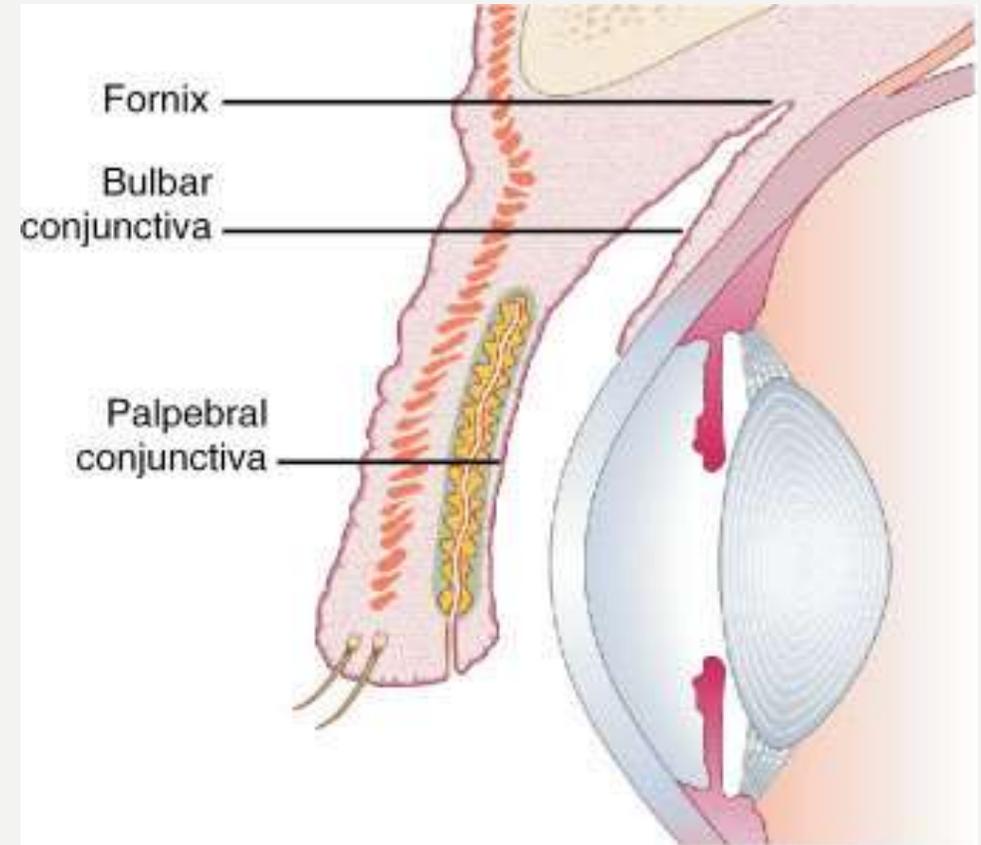




NEOPLASIAS DE CONJUNTIVA

SE DIVIDE EN :

- Conjuntiva palpebral.
- Conjuntiva bulbar.
- Fórnix.



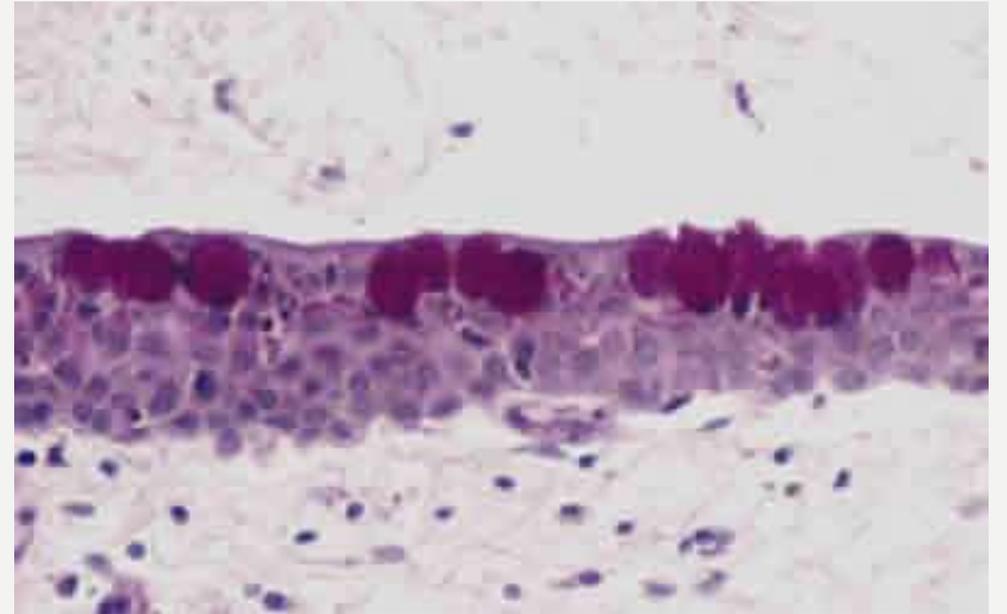
HISTOLOGIA

Epitelio:

- Células cuboidales.
- Células poliédricas.
- Melanocitos.
- Células caliciformes.

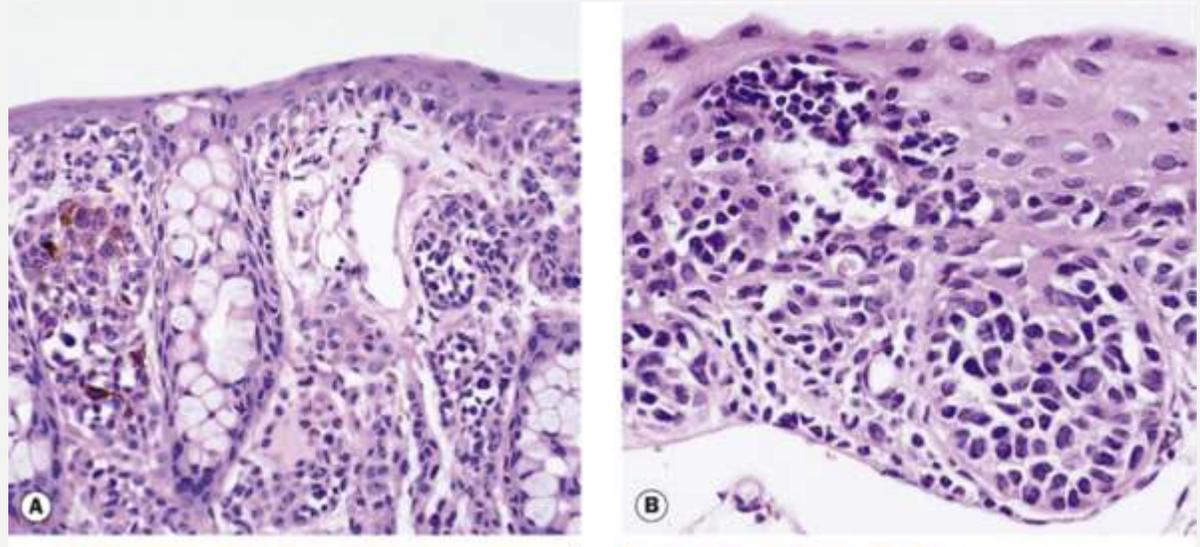
Estroma:

- Tejido conectivo laxo y vascularizado.
- Glándulas de Krause y Wolfring.



NEVO CONJUNTIVAL

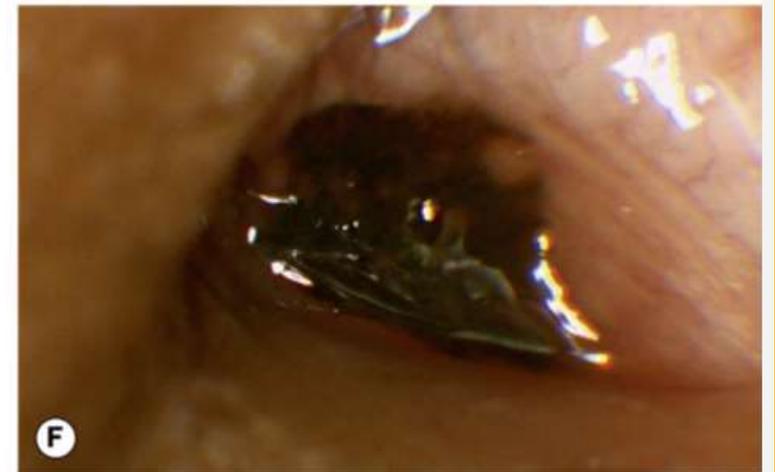
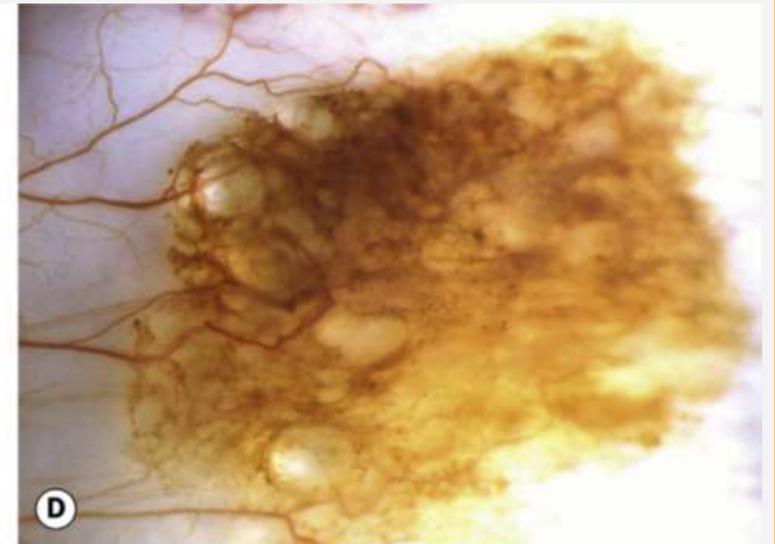
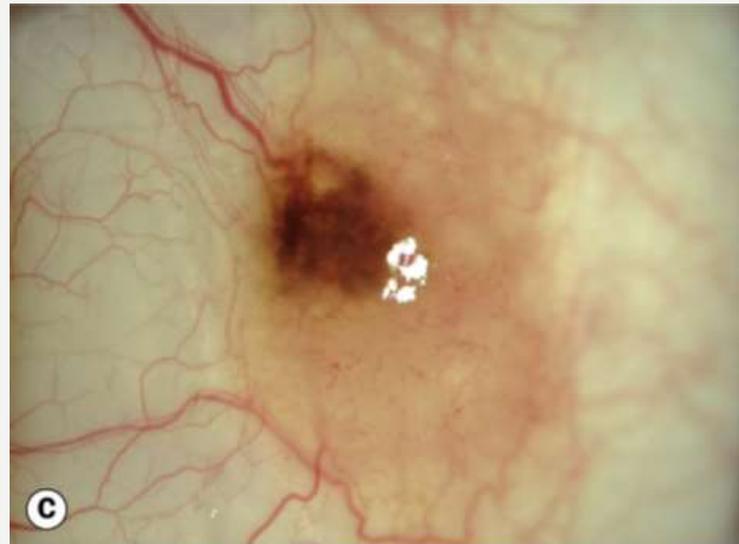
- T. Melanocítico mas frecuente.
- Riesgo de malignización de 1%.
- Subepitelial o estromal.



Compuesto

Subepitelial

Unión



SIGNOS:

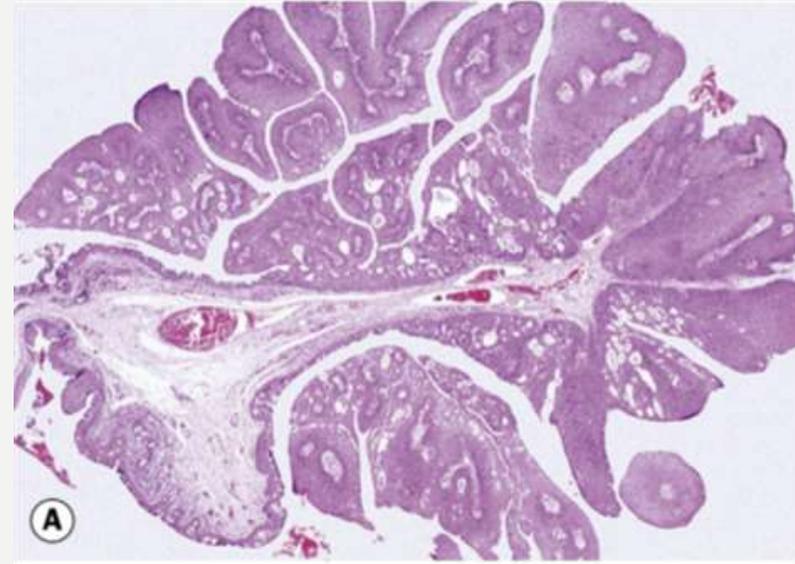
- Primera o segunda década.
- Lesion solitaria pigmentada o parcialmente pigmentada.
- Los nevos pueden desplazarse sobre esclera.
- Raramente se encuentran en pliegues semilunares, fornix o carúncula.

MALIGNIDAD:

- Localización inusual.
- Vasos nutricios ostensibles.
- Incremento rápido del tamaño o pigmentación.

PAPILOMA CONJUNTIVAL

- Se asocian con el virus del papiloma humano tipo 6 y 11.
- Histop. Núcleo fibrovascular rodeado de epitelio escamoso estratificado no queratinizado.

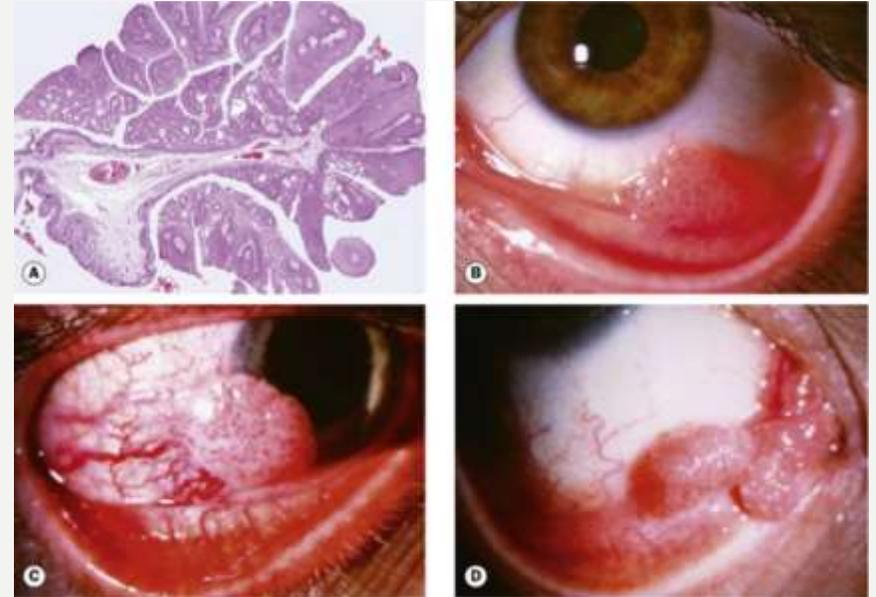


GENERALMENTE SE LOCALIZAN EN:

- Área perilimbica.
- Fornix.
palpebral.
- Carúncula.



Impide cierre



CUADRO CLINICO:

- Lesiones de base ancha y poca elevación.
- Se localizan en área perilimbica, fórnix o carúncula.
- Solitarias.
- Pueden causar irritación e impedir cierre de los párpados.

PAPILOMAS ESCAMOSOS

MÁS FRECUENTES (FAMILIA ESCAMOSA).
SUBTIPOS: PEDICULADOS Y SÉSILES.

Pediculados:

Crecimientos papilares exofíticos, color rojo rosado, forma de fresa, localizados en la carúncula.

Niños > adultos

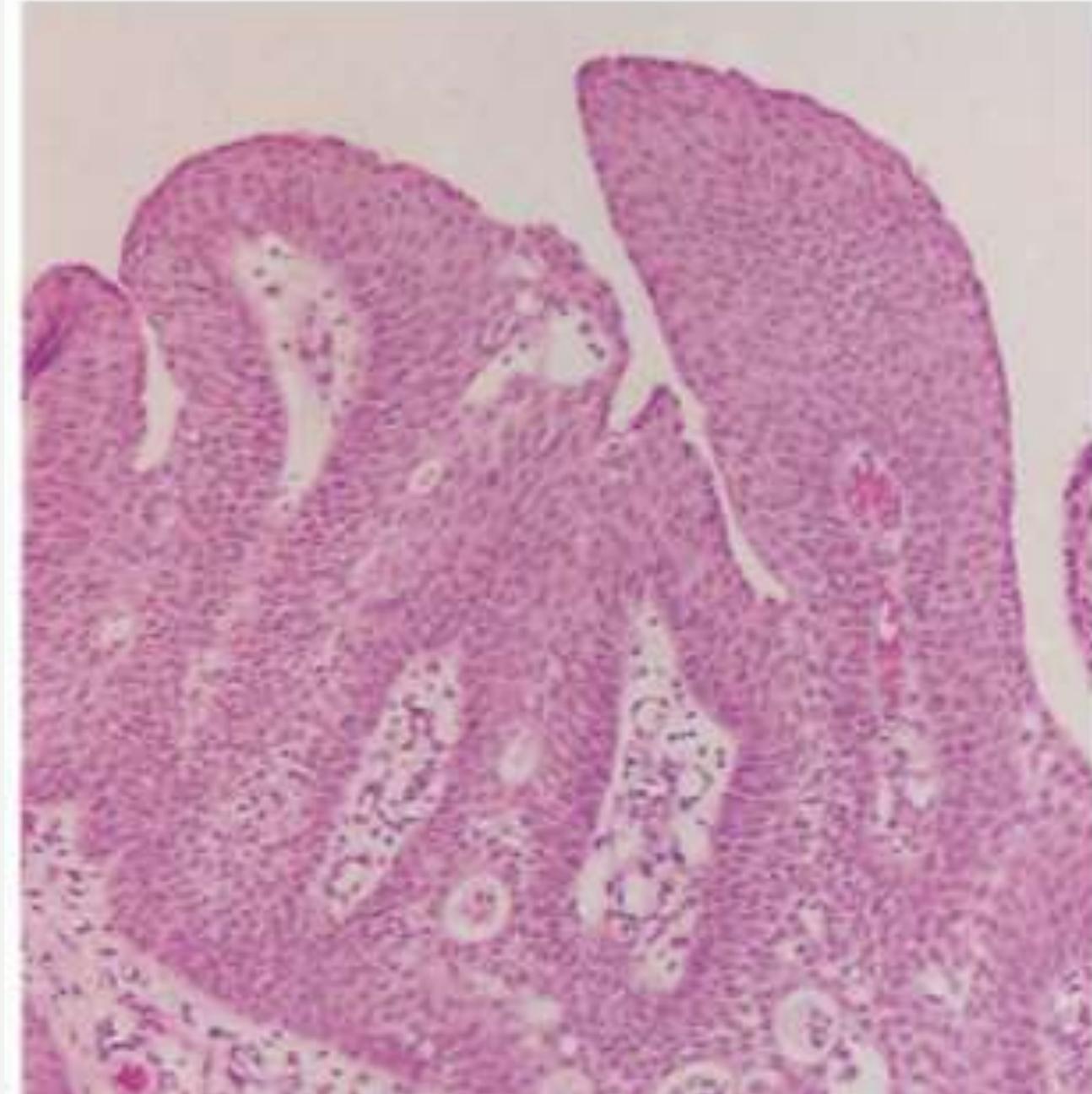
Múltiples lesiones



Relacionados con la infección por (VPH), subtipos 6 y 11.

HISTOLOGÍA: núcleos fibrovasculares papilares cubiertos por epitelio escamoso hiperplásico.

Suelen presentar un comportamiento benigno.



Sésiles

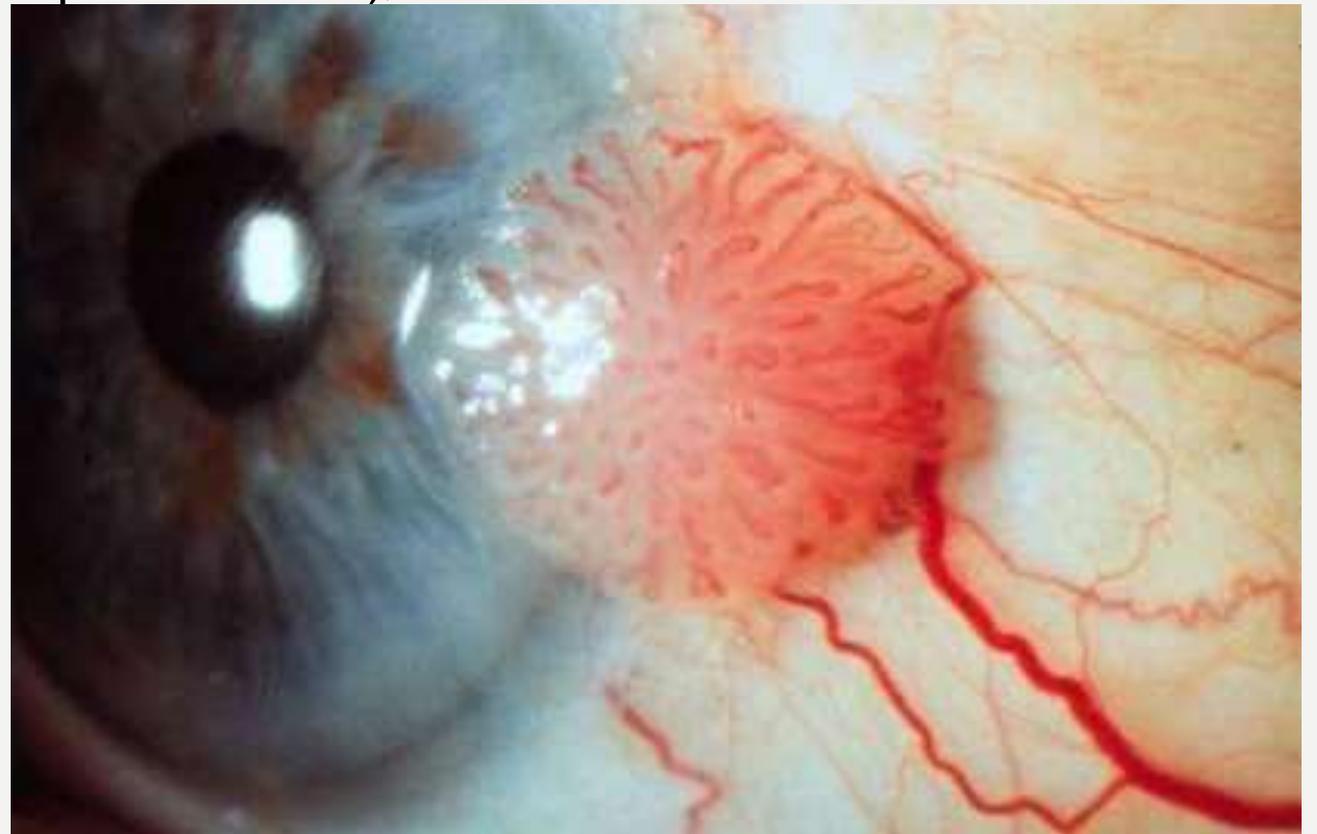
Conjuntiva bulbar, adyacente al limbo.

Adultos.>niños

Asociados con la infección por VPH, subtipos 16 y 18

Características clínicas de alarma para transformación maligna

- Leucoplasia (mancha blanca indicativa de queratinización),
- inflamación,
- vascularización atípica y
- afectación corneal.



HISTOLOGÍA

- Base ancha
- Carece de protuberancias en forma de dedos que se ven en un papiloma pediculado.
- Epitelio hiperplásico pero carece de atipia prominente.
- Evidencia de hipercromasia nuclear y pleomorfismo, polaridad celular alterada y abundantes figuras mitóticas sugieren un diagnóstico de neoplasia escamosa de la superficie ocular.

NEOPLASIA ESCAMOSA DE LA SUPERFICIE OCULAR (OSSN)

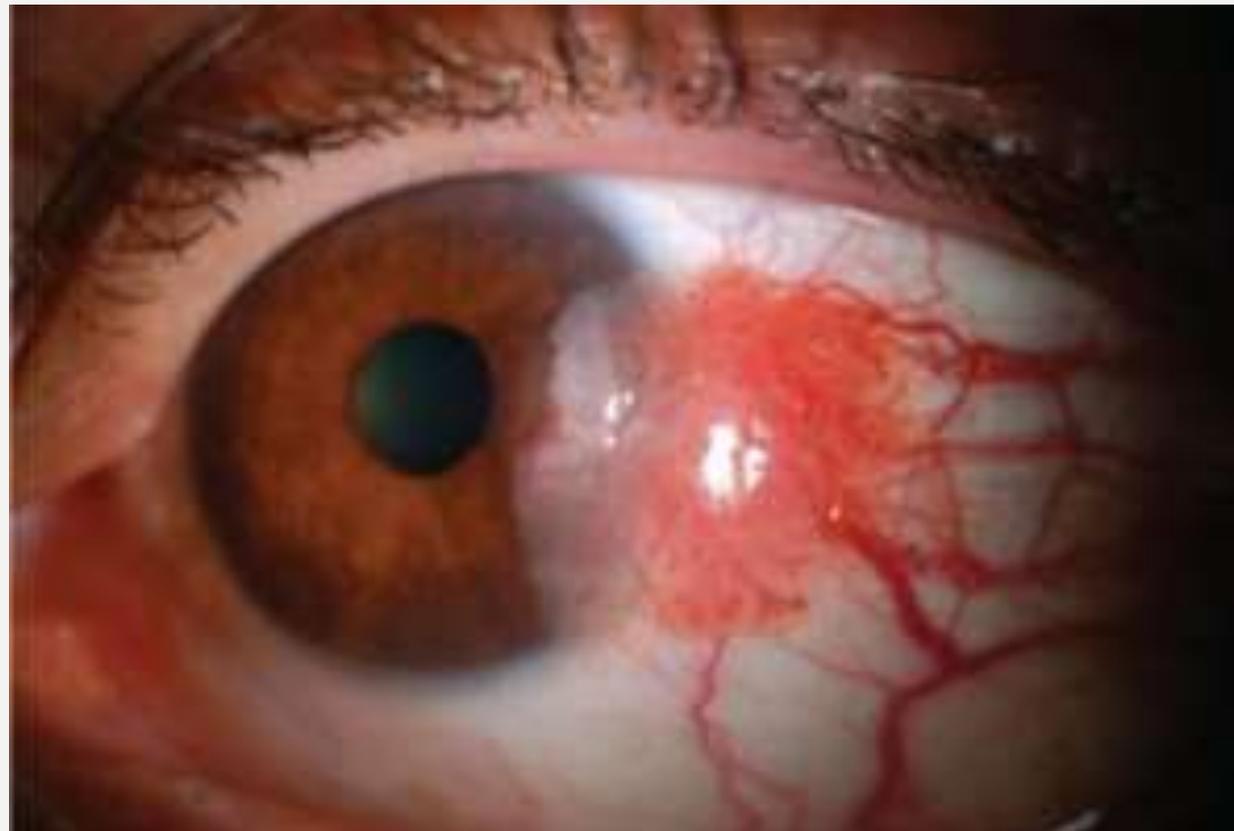
Amplio espectro de cambios displásicos del epitelio de la superficie ocular, incluida la neoplasia intraepitelial corneal y conjuntival (CIN) y el carcinoma de células escamosas (SCC).

Surge típicamente en el área limbal interpalpebral.

- Personas con pigmentación leve de la piel
- Exposición a luz UV
- Mutaciones en genes supresores de tumores como p53.
- Deficiencia hereditaria de la reparación del ADN (xeroderma pigmentoso) .
- VPH (subtipos 16 y 18) y VIH*
- Sospechar VIH en ptes OSSN <50 años.
- Vejez
- Tabaquismo.

Engrosamiento epitelial, con la superficie ocular de apariencia gelatinosa o leucoplasia; la lesión puede extenderse a la córnea periférica.

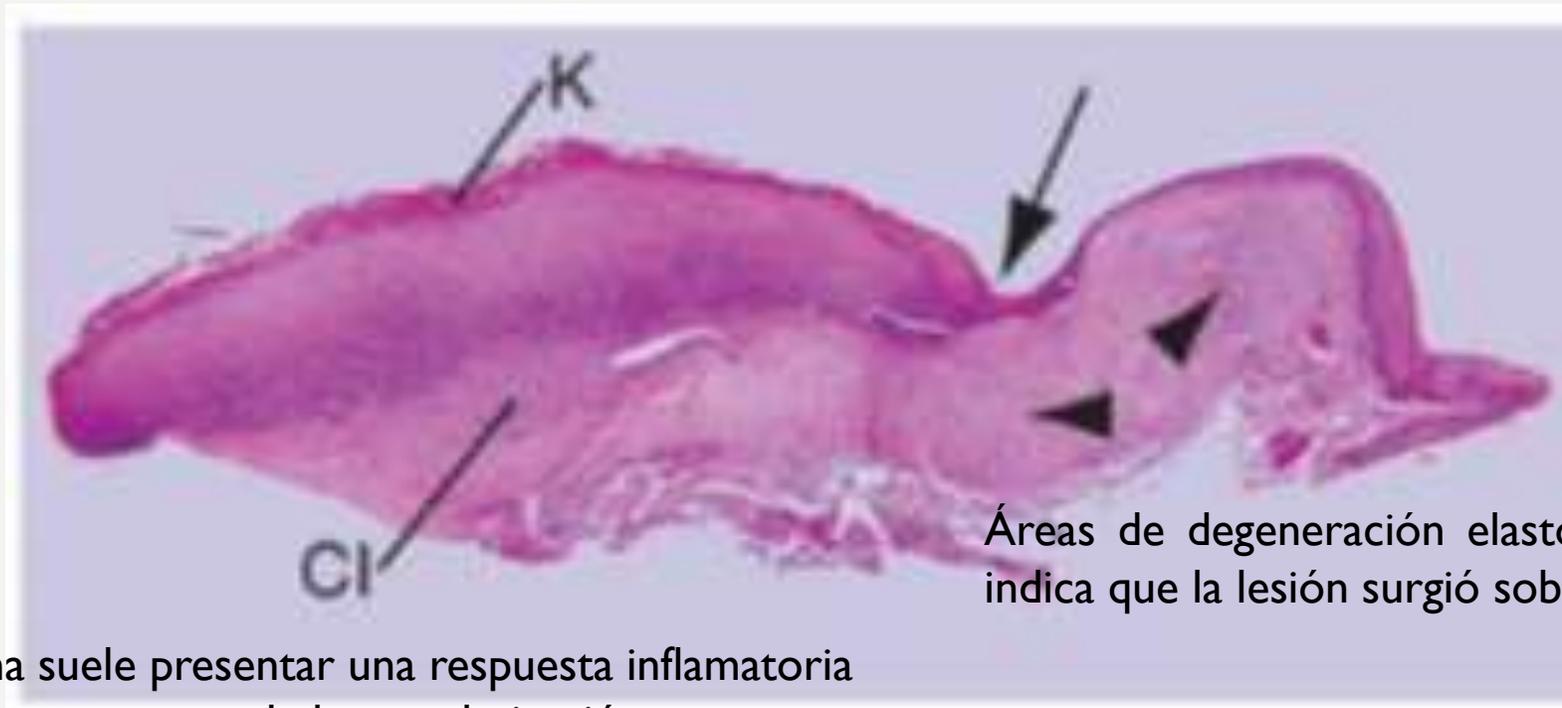
Puede haber un patrón vascular prominente en "sacacorchos" con vasos alimentadores que conducen a la lesión.



HISTOLOGÍA

Hiperplasia, pérdida de células caliciformes, pérdida de polaridad celular, hiperchromasia nuclear y pleomorfismo y figuras mitóticas.

Queratinización superficial, que se correlaciona con la leucoplasia observada clínicamente.



Áreas de degeneración elastótica en el estroma, indica que la lesión surgió sobre una pinguécula.

El estroma suele presentar una respuesta inflamatoria crónica y un aumento de la vascularización.

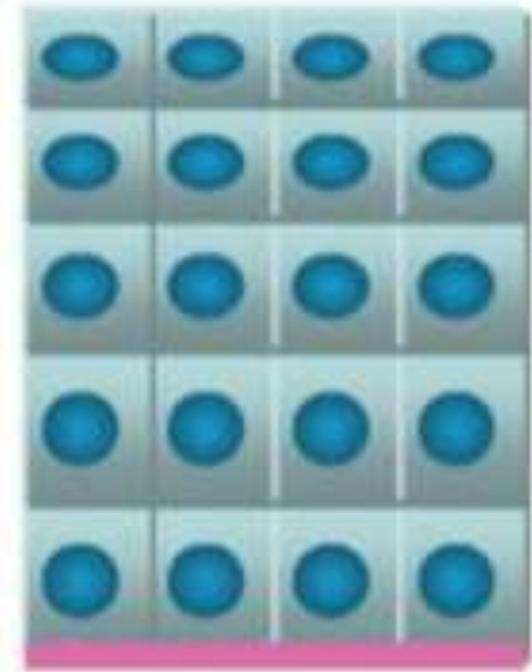
- D/C si la neoplasia está contenida en la membrana basal (in situ) o si las células neoplásicas han atravesado la membrana basal epitelial e invadido el estroma.
- Lesiones contenidas en la membrana basal: neoplasia intraepitelial conjuntival (NIC).
- Según el grado de atipia celular: leve, moderada o grave.
- En casos de atipia más grave, existe una afectación de espesor total del epitelio, a menudo con remolinos escamosos o verticilos de queratina o perlas (Carcinoma escamoso IS)
- La invasión del estroma por células neoplásicas es un diagnóstico de carcinoma de células escamosas.
- Aunque la metástasis en los ganglios linfáticos regionales no es tan común en OSSN con carcinoma conjuntival de células escamosas como lo es con carcinomas escamosos de piel u otros sitios, puede ocurrir diseminación y muerte.

- Invasión a través de la esclerótica o la córnea con diseminación intraocular, complicación poco común, ocurre típicamente en el sitio de un procedimiento quirúrgico previo, inmunosupresión.



Una parte del epitelio se reemplaza con células displásicas.

Invasión a través de la membrana basal hacia el estroma.



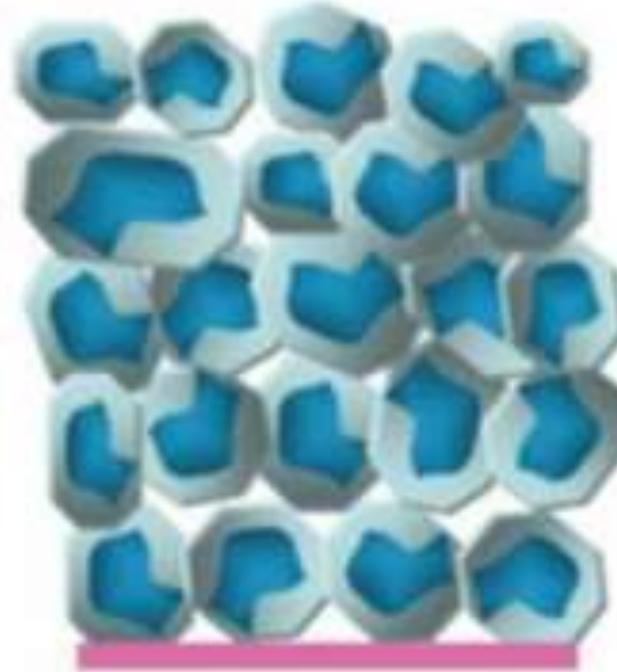
Normal

Epitelio normal con membrana basal.

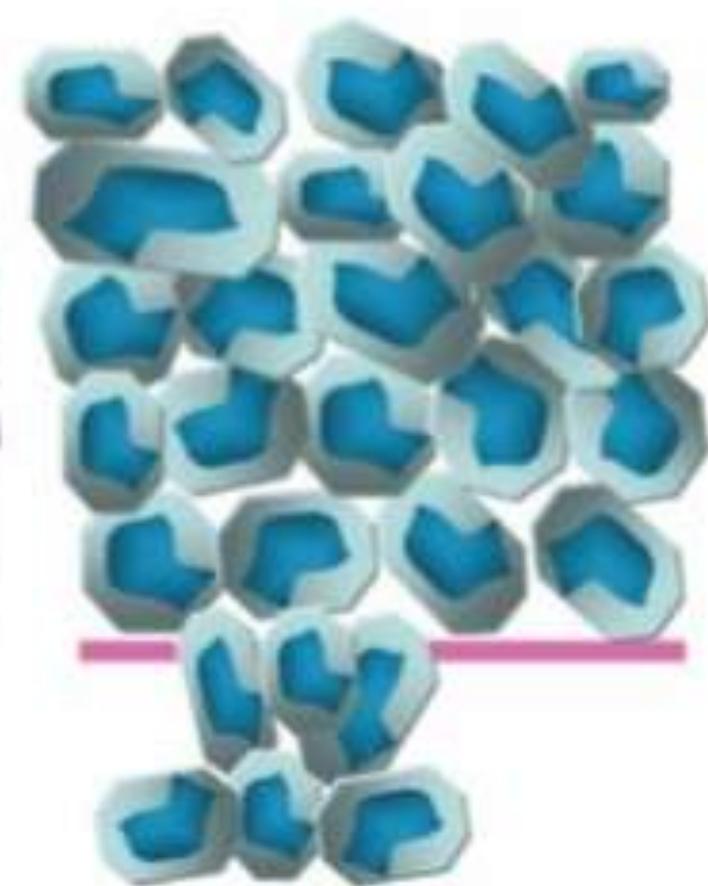


CIN

Reemplazo completo del epitelio por células displásicas, con la membrana basal aún intacta.



Carcinoma in situ



Invasive carcinoma

GRANULOMA PIOGENO

- Proliferación fibrovascular reactiva a una lesión conjuntival quirúrgica o traumática.
- Tejido de granulación con células inflamatorias agudas y crónicas con proliferación de vasos sanguíneos.
- Responde a corticoesteroides tópicos.

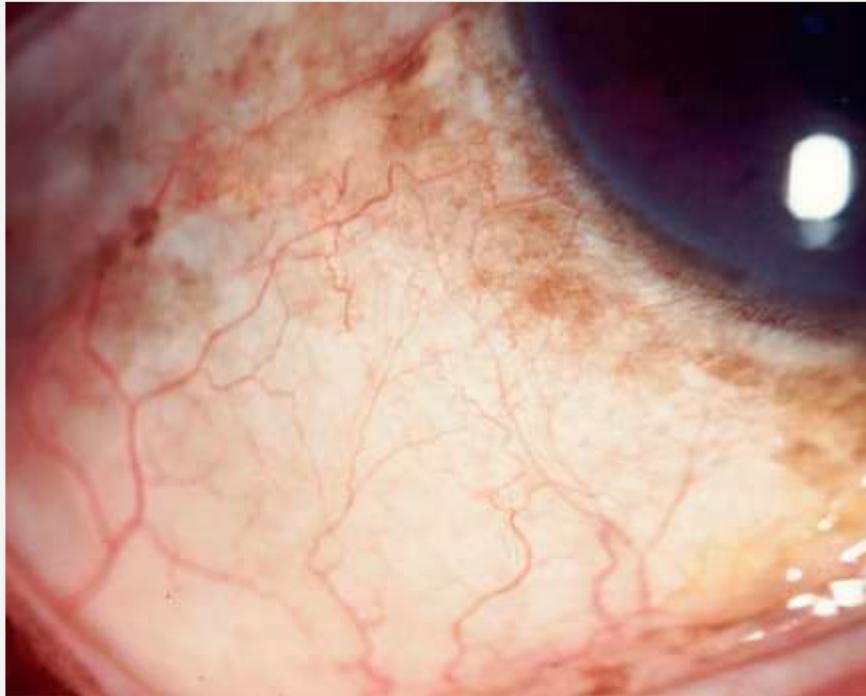


MELANOSIS BENIGNA

- Hipermelanosis conjuntival.
- Mas frecuente en individuos de piel oscura.
- Exceso de melanina pero no hay hiperplasia de melanocitos.
- Puede proteger ante neoplasias.
- Aparece en primeros años de vida.

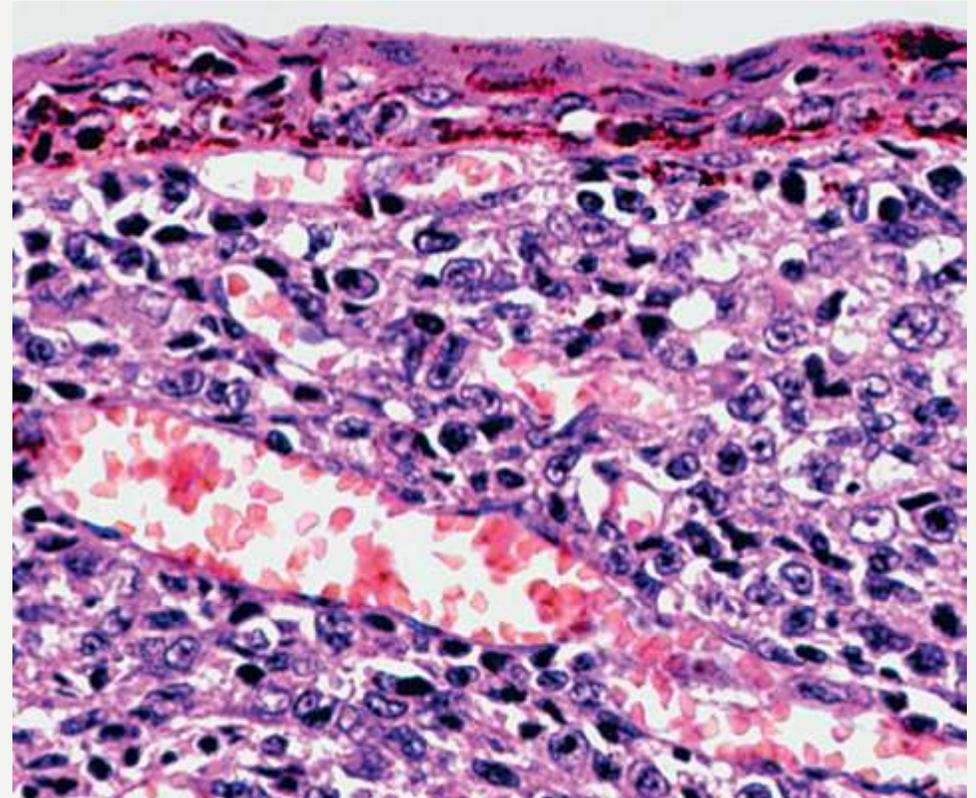
Se caracteriza por:

- Parches planos de pigmentación parda.
- Concentrados en el limbo y ramas perforantes de vasos o nervios al entrar a la esclera.



MELANOMA CONJUNTIVAL

- Es raro.
- Solo se presenta un 2% en las neoplasias malignas.
- A menudo en sexta década.
- Produce metástasis en el 30% de casos, a ganglios regionales, pulmón, cerebro e hígado.



Dianostico:

- Aspecto.
- Tumores amelanoticos.
- Anatomia patológica.
- Biopsia de ganglio centinela.

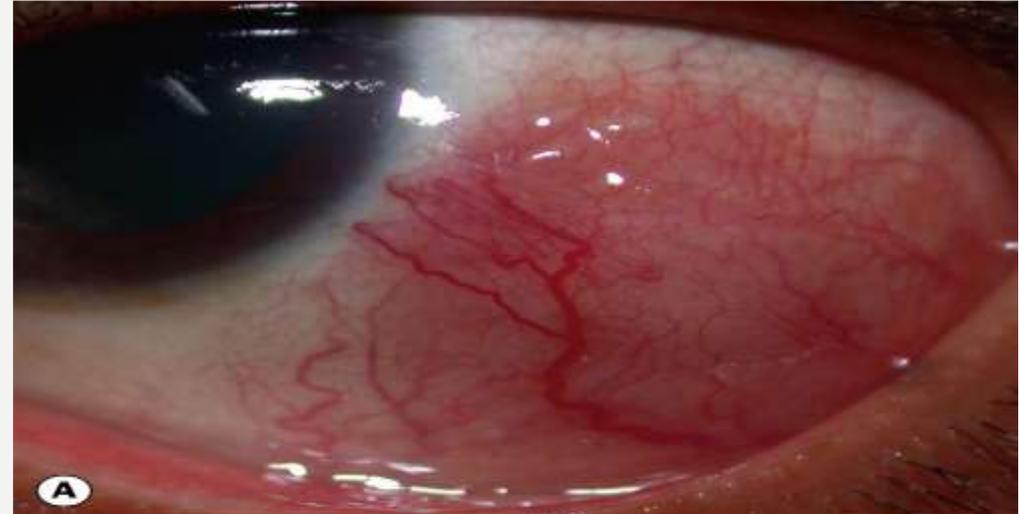


ASPECTO

- Nódulo vascularizado negro o gris que puede estar fijado a epiesclera.
- A menudo se localiza en el limbo.
- Se asocia a melanosis adquirida primaria.

LESIONES LINFOPROLIFERATIVAS

- La mayoría de linfomas conjuntivales procede de células B.
- Se origina del tejido linfoide asociado a la mucosa.



SINTOMAS:

- Tumorción indolora, enrojecimiento o irritación.
- Ptosis.
- Diplopia.

SIGNOS:

- Infiltrado móvil de color salmón o carnosos que crece lentamente sobre el fondo del saco. En raras ocasiones puede simular una conjuntivitis crónica.

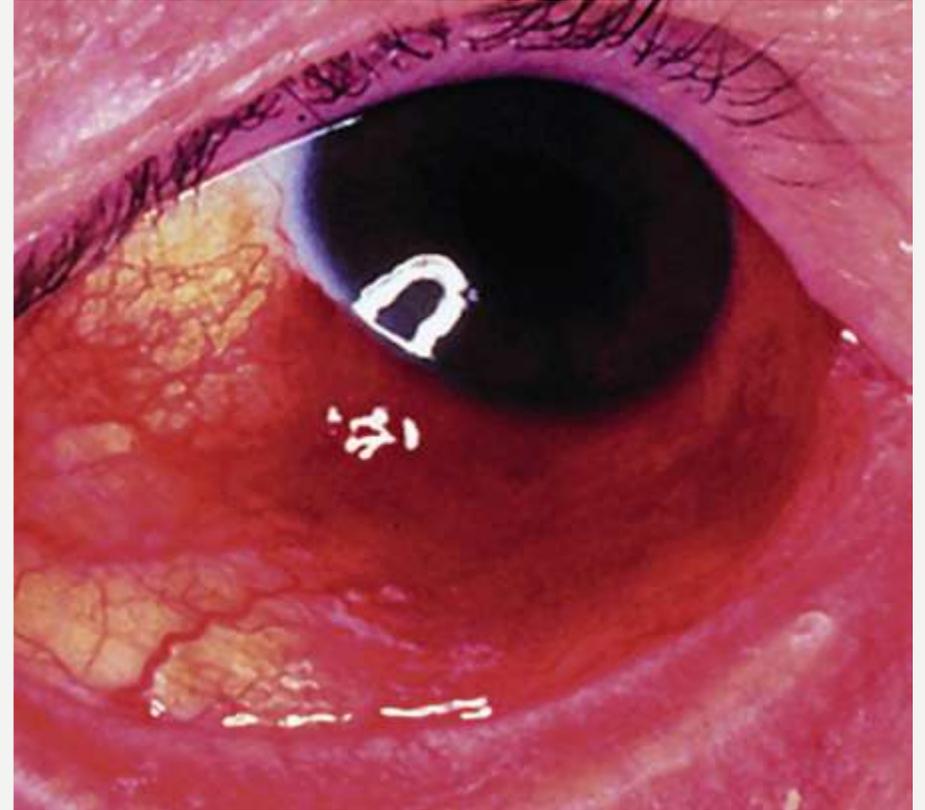
BIOPSIA:

- Necesaria para confirmar el diagnóstico.

SARCOMA DE KAPOSI

- Es un tumor de crecimiento lento que suele encontrarse en pacientes con VIH/SIDA
- Ocasionalmente se da en ancianos o terapia inmunosupresora prolongada.
- Se ve una placa o nódulo vascular de color rojo intenso o púrpura que se parece o asocia a hemorragia conjuntival.

- Se observa proliferación de células fusiformes, canales vasculares y células inflamatorias.
- Debe optimizarse la terapia para el sida y ocasionalmente dar radioterapia local o resección.





GRACIAS.!