

# LA ENFERMEDAD DE BOWEN EN EL OJO

(*Carcinoma Intraepitelial*)

AMÉRICO NATTERI R.

En 1942, McGavie, del Instituto de Oftamología del Presbyterian Hospital, publicó cinco casos de tumores que afectaban el área conjuntivo-corneal y que por sus características histológicas eran similares a la entidad que, en 1912, describiera Bowen en la piel como Dermatitis Pre-cancerosa, con el título de "Un estudio de dos casos de Proliferación Epitelial Atípica".

A partir de esta fecha, la casuística mundial se ha incrementado con la publicación de casos similares: Weskamp (1944), Wise (1946), Khanolkar (1946), Esterman-Loval-Orkrainetz (1947), Mckie y Edwards (1948), Francois Kluyskens-Rabaey (1949), Gallois y Berthold (1950). Locke (1951) hizo un estudio de dieciocho casos en los que incluye los cinco de McGavie y uno de Wise. En 1952, Silva presenta un trabajo sobre un caso de esta enfermedad; Willard, en 1953, presentó en la Chicago Ophthalmological Society un caso de un Pannus elevado y de apariencia gelatinosa: en la discusión, el Dr. Derrick Vail sugirió el diagnóstico de Enfermedad de Bowen que fue confirmado con el estudio histopatológico respectivo.

Es característica de esta afección, lo variable de su aspecto clínico, cuando las lesiones están radicadas en la piel; así, se presentan bajo la forma de nódulos, pápulas escamosas simples o múltiples, circunscrita de las áreas vecinas y del color pálido o

---

*Nota.*—Creo que es mi deber agradecer al Prof. Dr. J. Valdeavellano no sólo por su orientación a la mejor presentación del presente trabajo, sino también por su gentileza al cederme sus casos. Al Sr. Filiberto Valderrama por su eficiente colaboración al tener a su cargo el estudio Anátomo-Pathológico.

rojo oscuro; ligeramente elevados con superficies irregulares o francamente papilomatosas, en contraposición con la constancia de su estructura microscópica; lo que ha permitido que se sugiera, que la enfermedad como entidad sea definida más que por su aspecto clínico, por su aspecto histológico. Estas características hacen que se la discuta como entidad nosológica. Se ha comprobado también la opinión de Bowen, de que si la lesión no es totalmente eliminada puede sufrir una transformación maligna; así, Stout indica que los cambios malignos ocurren en un cuarenta por ciento de las lesiones en las membranas mucosas y en un tres por ciento en las lesiones de la piel. Locke también señala tres cambios malignos en 18 casos.

La lectura de las publicaciones permite concluir que la Enfermedad de Bowen está en el mismo grupo de la Eritroplasia de Queyrat, enfermedad de Poget, Xeroderma Pigmentado; algunos creen que deben estar ubicados en el grupo de las Dermatosis Pre-cancerosas, en tanto que otros manifiestan que no son sino formas de carcinomas basales o escamosos "in situ", desde su inicio. Repetimos que es el estudio histológico, el que nos da el diagnóstico de la enfermedad.

#### HISTOPATOLOGIA

Todos están de acuerdo con la descripción de Reese, que dice: "La característica más importante es que la hiperplasia es enteramente intra-epitelial, las células basales pueden proliferar y formar crestas, pero la membrana basal queda intacta. Las lesiones crecen por extensión lateral más que por invasión sub-epitelial. Es característica la transición abrupta entre el tejido normal y el hiperplástico. Aparecen variaciones celulares en tamaño, forma, propiedades tintoriales y polaridad desordenada. Darier inventó el término de "Poikilokarinosis" para describir esta condición. Se encuentran células monstruosas que son de dos tipos: unas contienen un núcleo muy grande y otras contienen múltiples núcleos agrupados, lo que indicaría mitosis. Estas últimas son las llamadas Clumped cell. de Bowen. Los cuerpos redondos de Darier son células grandes con citoplasma eosinófilo que contienen una gran vacuola que rodea completamente al núcleo, dándole a la célula una apariencia de doble anillo. Esto se debe a una keratinización prematura y parcial antes de alcanzar la capa su-

perifical; otras células pueden sufrir una keratinización prematura completa. Algunas veces se observan perlas de keratina, que son láminas concéntricas de células escamosas que muestran una cornificación gradual progresiva hacia el centro. En algunos casos, hay hiperkeratosis y formación de gránulos (paraqueratosis) a lo largo de la superficie de la lesión; en ocasiones, se puede notar puentes intercelulares y observarse una marcada infiltración inflamatoria subepitelial con linfocitos, células plasmáticas e histiocitos".

#### ESTUDIO CLINICO

El tumor tiene aspecto gelatinoso granulomatoso, ligeramente elevado, único o múltiple, de bordes agudamente marcados y de color gris rojizo de acuerdo a la vascularización.

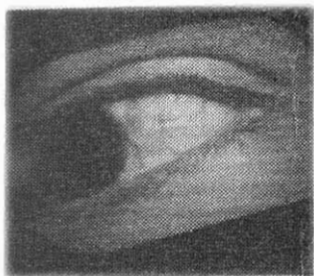
Al examen de la lámpara de hendidura, se aprecian irregularidades en su superficie, dando, a veces, aspecto de un coliflor. Los tumores son nutridos por vasos dilatados y gruesos; observándose, además, vasos capilares que corren perpendicularmente a su superficie. Hay usualmente reacción inflamatoria con el crecimiento del tumor, lo que puede enmascarar el carácter tumoral de la lesión.

En sus estados iniciales, pueden ser confundidos con el Pterigium, Xerosis o con la Pinguécula, con el Pannus, degeneración grasosa de la córnea, distrofia epitelial de la córnea o con otros tumores epibulbares como los papilomas, linfomas, leucoplasia o con el carcinoma a células escamosas.

La lesión en su inicio puede pasar desapercibida por su comienzo insidioso y por su localización con algún proceso inflamatorio crónico, además, ella es frecuentemente aplanada y difusa, lo que evita que se sospeche la suposición de su carácter tumoral.

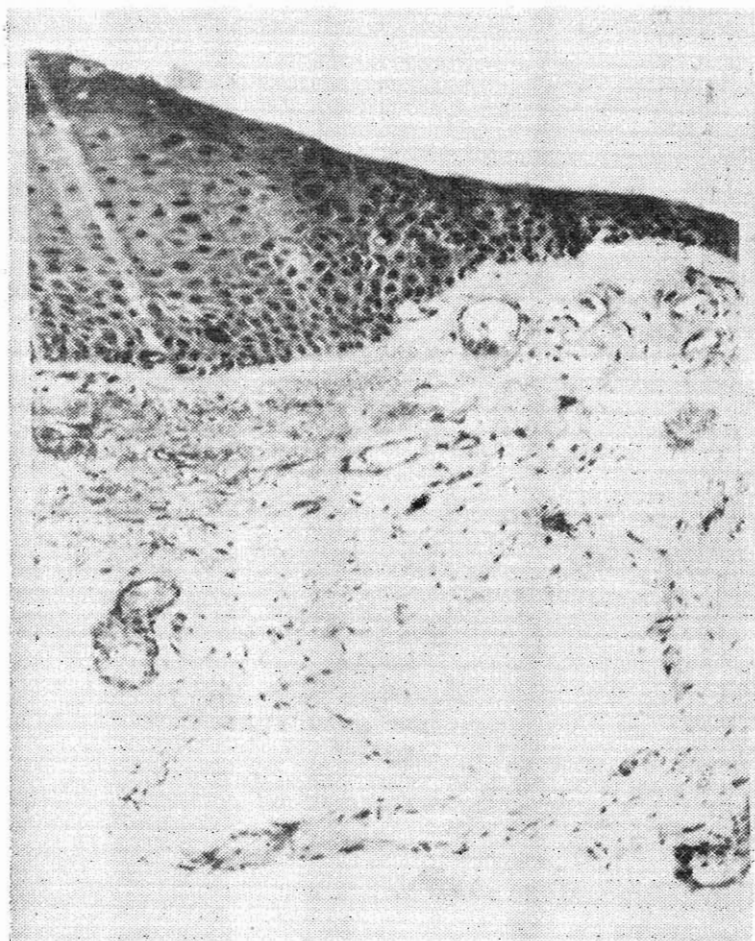
#### CASUISTICA

Caso 1.— R.H. de 28 años de edad. Empleado. Consulta en el mes de marzo del presente año, por una neo-formación amarillenta en la conjuntiva del ángulo externo del ojo izquierdo, del tamaño de cuatro por tres milímetros, mayor en el diámetro vertical, que le producía sensación de fuerza extraña. Fué catalogado como Xerosis incipiente y sometido a tratamiento de dosis elevada de vitamina A. En Mayo, la lesión había aumentado de tamaño, la superficie era



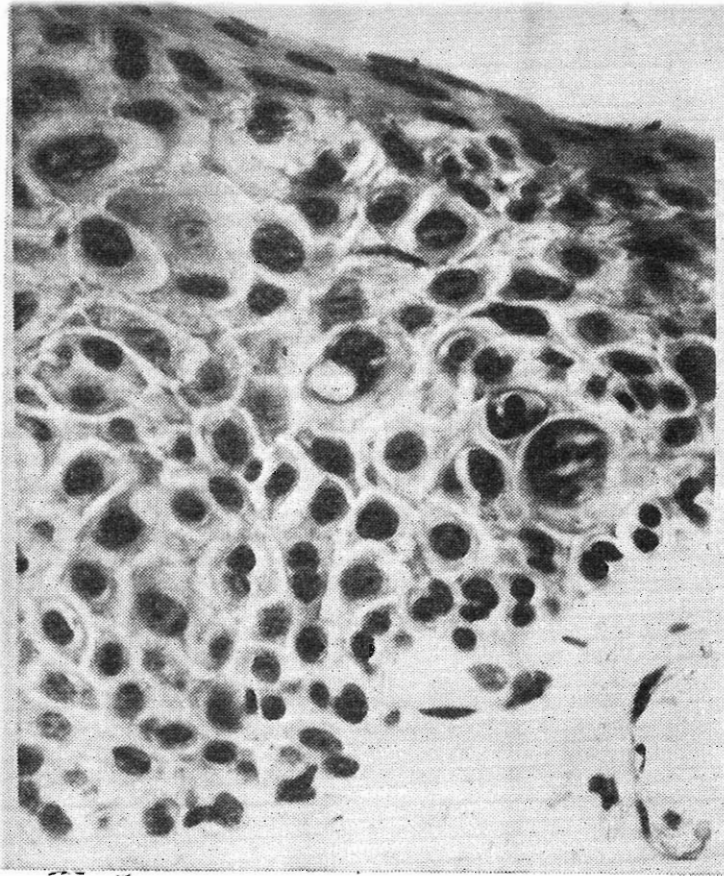
irregular con cierta vascularización. En el mes de junio, la tumoración se había desarrollado más y en dirección al limbo; la superficie era francamente granulosa con vasos gruesos y no dolorosa.

En consulta con un distinguido especialista y con el diagnóstico de epiteloma, aconsejó la extirpación amplia de dicho tumor y el examen histo-patológico respectivo, lo que se llevó a cabo en los primeros días del mes de julio.



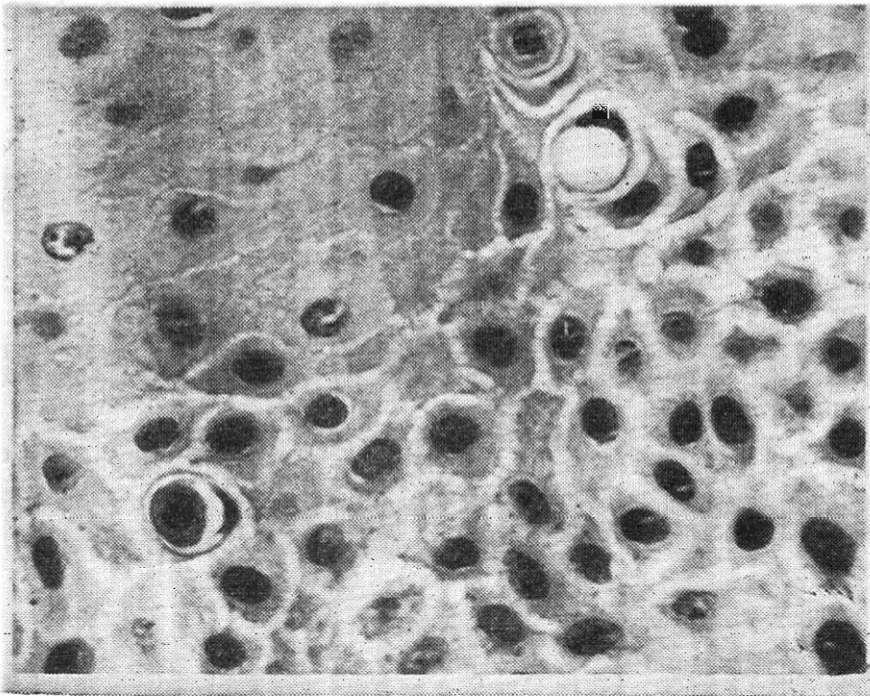
MICROFOTOGRAFIA No. 1

Muestra el límite neto entre el epitelio no proliferado y el epitelio tumoral.

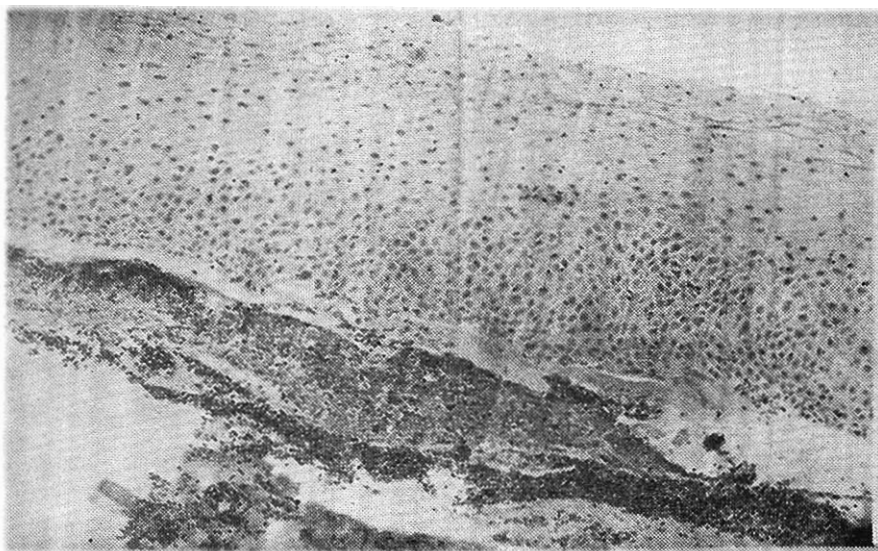


MICROFOTOGRAFIA No. 2

*Detalle a mayor aumento de una zona de la Microfotografía No. 1 en la que se aprecia la llamada Poikilocarinosis. En el estroma se pueden apreciar vasos dilatados.*

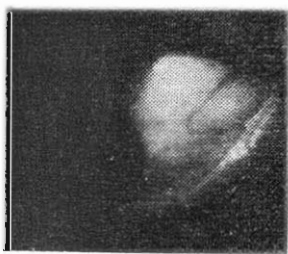


MICROFOTOGRAFIA No. 3



MICROFOTOGRAFIA No. 4

Foto que muestra el límite neto entre el epitelio tumoral y estroma subyacente (indemnidad de la membrana basal). Estroma con discreta infiltración a células redondas y hemorragia.



Fotografía.— Resultado del examen histopatológico: Carcinoma intra-epitelial (Valderrama) (Ver Minimas). Se hizo un tratamiento consecutivo con rayos beta, aplicándosele en total 1,200 r. A los dos meses, este es el estado actual.

Caso 2.— R.G. de 63 años. Su casa. Consulta del 23-4-56, por sensación de cuerpo extraño en el ojo izquierdo. Vista por un asistente diagnóstica: pequeño Pterigium inflamado.

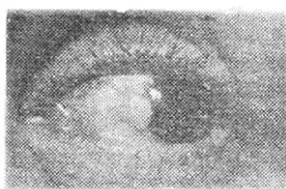
Regresa a los dos meses y refiere que en esa zona hay una mancha amarilla que ha aumentado de tamaño y adquirido un aspecto gelatinoso de color blanquecino.

Con el diagnóstico de Epitelioma se procede a la extirpación quirúrgica y al estudio histo-patológico (Valderrama) que reveló Carcinoma intraepitelial.

A los ocho días se hizo la primera aplicación de rayos beta y en la noche la enferma se queja de lagrimes, fotofobia, dolor intenso y entorpecimiento del o. o. Al examen se comprueba Irido-ciclitis hipertensiva; la tonometría marcaba 42 milímetros.

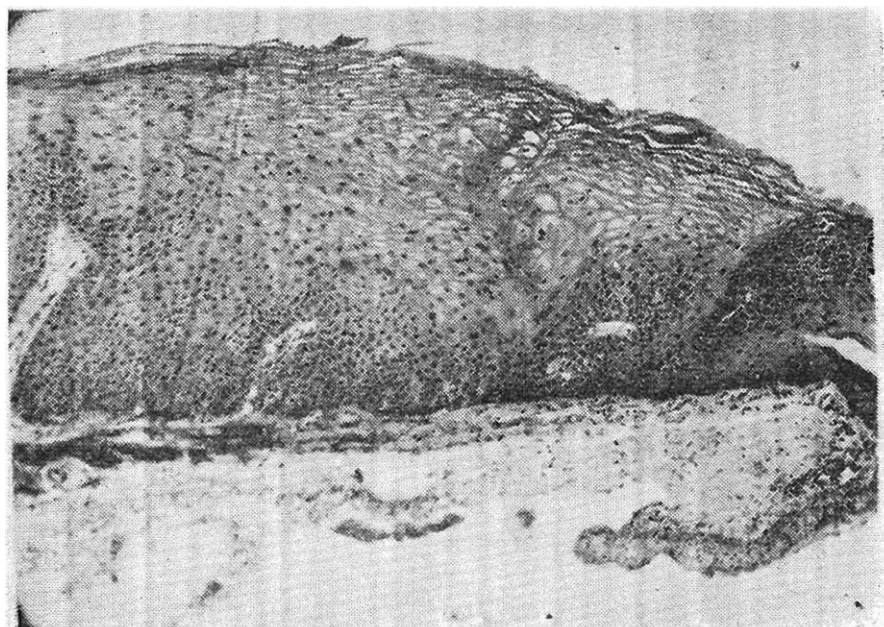
Se trató con Atropina, Diamox, Cortisona y analgésicos, dominándose el cuadro tres días después.

Caso 3.—M.L.R.C. de 28 años. Su Casa. El 14 de diciembre de 1955, consulta por una manchita blanca en la conjuntiva, del sector nasal del ojo izquierdo con seis meses de antigüedad y que le producía sensación de cuerpo extraño. Se le catalogó como Pingüecula.. Regresó el 6 de junio de 1956 quejándose de sensación de cuerpo extraño y de crecimiento de esa manchita, especialmente a partir de los dos últimos meses. Antecedentes: sinusitis hace dos años, hipotiroidismo.



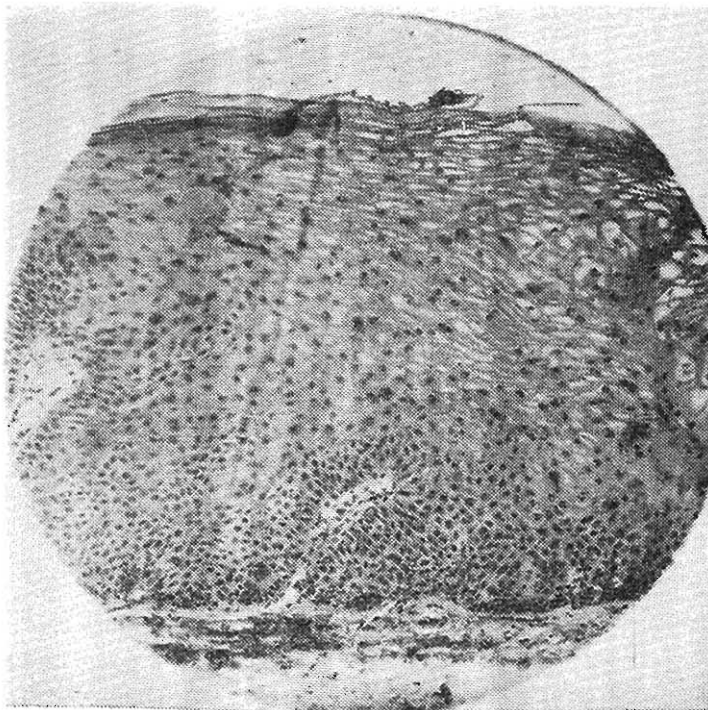
Examen: en el ojo izquierdo, en la región límbica, entre ocho y diez se aprecia tumoración de superficie irregular y que tiene dos zonas: una de aspecto carnososo y otra de color blanquecino y seca, (Xerosis) de bordes nítidos y a su alrededor se nota vascularización. Tiene un tamaño de cinco milímetros en el diámetro horizontal por cuatro en la vertical, que rebasa aproximadamente un milímetro a la córnea.

Con el diagnóstico de Epitelioma se procede a la extirpación el 24 de julio y al estudio histo-patológico que revela carcinoma intraepitelial. (Valderrama).



Se aprecia gran número de células con trastornos en la Queratinización (Parakeratosis y Diskeratosis)





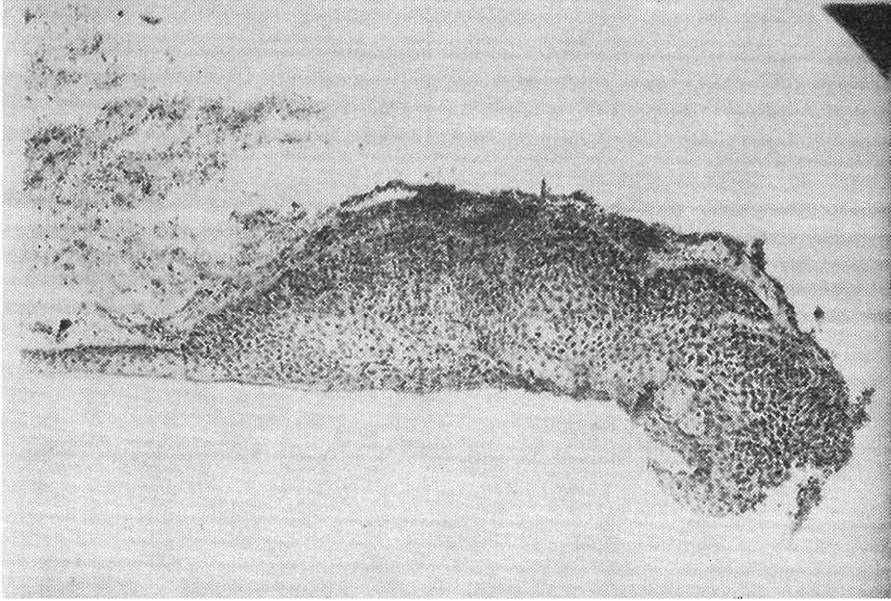
*A mayor aumento se puede apreciar el desorden de las células de la capa basal e indemnidad de la membrana basal.*

Caso 4.—V.S. 43 años. Profesor. Consulta el 6 de setiembre de 1955 porque notó hace siete meses, la presencia de una neoformación en el limbo del ojo izquierdo a las III del tamaño de la cabeza de un alfiler, que le fué creciendo lentamente sin ocasionar mayores molestias, pero hace dos meses el desarrollo ha sido muy manifiesto, observándose que concomitantemente se hizo presente abundante vascularización. Se queja de sensación de cuerpo extraño.



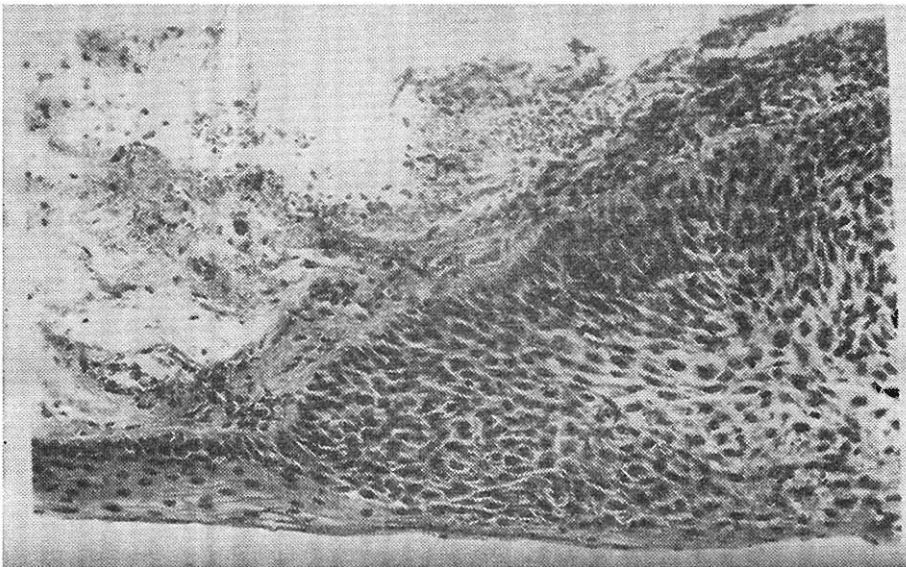
Al examen se aprecia tumoración de aspecto granulomatoso que tiene tres milímetros en el diámetro horizontal y cuatro y medio en el vertical y avanza medio milímetro hacia la córnea; sus bordes internos, superior y externo, son de contornos nítidos y el inferior un poco difuso; está rodeado de vasos en la zona conjuntival. Con el diagnóstico de enfermedad de Bowen es intervenido el 9 del próximo mes; el resultado histo-patológico confirma el diagnóstico: Carcinoma intraepitelial (Valderrama).





MICROFOTOGRAFIA No. 5

*Visión panorámica del caso 4 en que se puede notar el contraste entre el epitelio tumoral y el no tumoral*



MICROFOTOGRAFIA No. 6

*Pasaje brusco del epitelio relativamente normal al parénquima tumoral, en el estroma se aprecia edema, hemorragias, vasos dilatados e infiltración a células redondas.*

## COMENTARIO

Aunque no se puede sacar conclusiones definitivas por el número de casos y por el tiempo que están en observación, señalaremos algunas características:

I) Los investigadores señalan la presencia de esta enfermedad a partir del cuarto decenio de la vida y en especial de los 60 años; en dos de nuestros casos, sin embargo, se apartan de esta regla ya que los pacientes cuentan con 28 años de edad. Los casos fueron igualmente repartidos entre los dos sexos.

II) En nuestra casuística, la enfermedad comprometía sólo en dos casos a la conjuntiva y en los dos restantes afectaban la conjuntiva y la córnea.

III) Aunque hay divergencias sobre la primacía de los dos tratamientos conocidos: el quirúrgico y el radioterápico, hay una mayor inclinación hacia el primero. En la casuística presentada, el tratamiento fué mixto en dos casos; en uno de ellos no hubo mayores complicaciones, pero en el segundo caso, después de la aplicación de la radioterápica, se produjo una Iridociclítis Hipertensiva como complicación al tratamiento.

IV) El diagnóstico seguro se hace con el estudio histo-patológico, pero puede, en ocasiones, presumirse clínicamente, debiéndose por la eventual transformación maligna o por la metástasis que puede dar lugar, aún manteniendo su carácter intraepitelial y también porque en ocasiones la enfermedad puede llegar a alcanzar tal severidad que se hace necesario la enucleación del ojo afectado.

V) Los últimos estudios anátomo patológicos sobre la enfermedad de Bowen permiten considerarla como un franco carcinoma "in situ", en la que existe alteración de todas las capas del epitelio, salvo el respecto e integridad de la basal. Como en nuestros casos se observa hay una tendencia a la maduración normal en los estratos superiores del epitelio, estando las atípicas comprendidas fundamentalmente a las capas más inferiores, por lo que creo que la catalogación más adecuada a nuestros casos sería de disqueratosis atípica o metaplasia pre-cancerosa.

VI) Aparte de las discusiones que podría provocar la catalogación de nuestros casos, debo expresar que estas Disqueratosis constituyen en potencia alteraciones que pueden llegar a un ver-

dadero Carcinoma y sólo la larga observación ulterior podría hacer el exacto diagnóstico de su malignidad.

#### BIBLIOGRAFIA

- BOSEN, J. T.—*Precancerous dermatosis: A study of two cases chronic atypical epithelial proliferation.* J. Cutaneous Dis. 30: 241-255, 1912.
- McGAVIC, J. S.: *Intraepithelial epithelioma of the cornea and conjunctiva (Bowen's disease).* Am. J. Ophth., 25: 167-176, 1942.
- WISE, G.: *A case of Bowen's disease of the cornea.* Am. J. Ophthea. 26: 167-171, 1943.
- SILVA, D.: *Epitelioma intraepitelial de la córnea y de la conjuntiva (Enfermedad de Bowen).* Anales de la Sociedad Mexicana de Oftalmología. (Julio-Setiembre), 1952. pp. 343-354.
- WESKAMP, C. BOWEN':— *Disease of the cornea.* Arch. Ophth., 31: 310-315, 1944.
- KHANOLKAR, V. R.— *Bowen's disease of the conjuntiva.* Am. J. Ophth., 29: 515-519, 1946.
- ESTERMAN, B., LAVAL, J., and OKRAINETZ, C.— *Intraepithelial epithelioma of the cornea and conjuntiva (Bowen's disease).* Am. J. Ophth. 30: 1537-1540, 1947.
- WILLARD, R.: *Bowen's disease.* Am. Ophth. 36: 1750-51, (Dec. 1953).
- CIPOLLARO, A. C. and FOSTER, P. D.: *Bowen's precancerous dermatosis of the mucous membrane.* New York State J. Med. 40: 264-273, 1940.
- REESE, A. B.: *Tumours of the Eye.* New York, Hoeber, 1951. pp. 23-34. *Ophthalmic Pathology and Atlas and Textbook, 1952.*
- MERRIAM, G. R.: *Late effects of beta radiation on the eye.* Arch. Ophth. 53: 708-717, 1955.
- ASH, J. E.: *Epibulbar tumors.* Am. J. Ophth. 33: 1203-1219, 1950.
- DUKE-ELDER, W. S.: *Textbook of Ophthalmology.* St. Louis, Mosby, 1946, v.p. 1782.
- LOCKE, JOHN C.: *Bowen's disease (Intraepithelial Epithelioma) of the cornea and conjuntiva.* A m. J.Ophth. (May), 1956. v. 41, pp. 801-809.