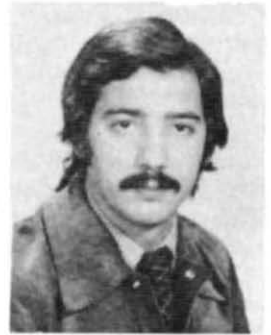


## EPITELIOMA INTRAEPITELIAL DE CÓRNEA (ENFERMEDAD DE BOWEN)



por  
Augusto ABREU REYES \* y  
Agustín MARTÍN GONZÁLEZ \*\*



*RESUMEN ESPAÑOL:* Los autores presentan un caso de epiteloma intraepitelial enfermedad de Bowen) de córnea, de clínica y evolución atípicas.

*RÉSUMÉ FRANÇAIS:* Les auteurs offrent un cas d'épithéliome intra-épithélial de la cornée de clinique et évolution distinctif.

*ENGLISH SUMMARY:* The authors present a case of intraepithelial carcinoma (Bowen's illness) of the cornea with atypical clinic and evolution.

## INTRODUCCION

Esta entidad nosológica fue descrita primeramente por Bowen (1912), y bien estudiada después por Darier. En un principio solo se describió en la piel, hasta que en 1942 McGavie, presentó 5 casos en conjuntiva ocular. Es enfermedad poco frecuente. Aparece en adultos de edad madura (60 años) y nunca en niños. Su sitio de elección es el limbo corneal, desde donde se extiende a la córnea. Se presenta como una difusa y suave masa elevada, rojiza, algunas veces de aspecto gelatinoso o granular, considerablemente vascularizada. Su malignización es rara.

Histológicamente se caracteriza por una acantosis del epitelio, discreta papilomatosis, pérdida parcial de la estratificación normal, mitosis en todos los niveles celulares, anisocariosis, núcleos hipereromáticos y capa basal intacta.

## NUESTRO CASO

El caso que presentamos se trata de una mujer de 28 años de edad, soltera, que trabaja en la agricultura. No tiene antecedentes familiares de interés. En cuanto a los antecedentes personales, llama la atención el hecho de que desde hace 7 años cualquier contusión le produce hematomas, y que heridas sin importancia se le convierten en úlceras importantes.

Desde hace tres años nota lo que denomina una "piel crecida", de color blanco, en la conjuntiva nasal del ojo derecho, que crece hacia la córnea.

En la exploración se encuentra motilidad ocular intrínseca y extrínseca normales. Queratometría del ojo derecho impracticable, mostrando la del ojo izquierdo 0'5 dioptrías de astigmatismo regular. Agudeza visual con corrección de 0'6 en ojo derecho y de 0'15 en ojo izquierdo. Fondo de ojo derecho normal, y de ojo izquierdo con pérdida de brillo macular y nevus en la parte superior del meridiano vertical. En polo anterior de ojo derecho hay una pequeña masa límbica que invade ligeramente la córnea.

Como diagnóstico de presunción se pensó en un carcinoma "in situ" en ojo derecho, y una degeneración macular en ojo izquierdo. En la exploración analítica llama la atención una leucopenia (2.800) con eosinofilia, (73 %). Hay quistes de lamblías en heces.

La enferma es citada para seguir su exploración, pero por razones socio-económicas extramédicas no vuelve hasta los 17 meses, encontrándose que la córnea está totalmente ocupada, con una importante vascularización conjuntival que nutre la lesión corneal (Fig. 1).

En la exploración encontramos una agudeza visual de solo percepción luminosa en ojo derecho y de



FIGURA 1

Invasión total de la córnea y conjuntiva por la neoformación.



FIGURA 2

Aspecto tras practicarse una queratectomía laminar y perilimbotomía.

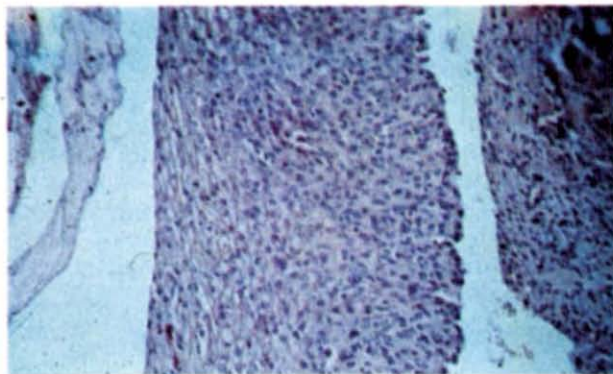


FIGURA 3

Estudio anatomopatológico: Ligera papilomatosis, acantosis del epitelio, pérdida de la estratificación normal, mitosis en todos los niveles celulares, anisocariosis, núcleos hiper cromáticos y capa basal intacta.



FIGURA 4

A los pocos días de la intervención ya se insinúa la formación de un leucoma y neovascularización.



FIGURA 5

A los dos meses de la intervención se aprecia una vascularización corneal superficial importante, con opacificación central.

0'15 en ojo izquierdo. En la analítica es de resaltar la existencia de una leucopenia (2.400) con eosinofilia (35 %) y plaquetopenia (210.000) En la punción esternal se encuentra que el 40 al 45 % de la hematopoyesis medular es de eosinófilos. Gammagrafía ósea negativa.

Se opera a la enferma practicándosele bajo microscopio una queratsectomía laminar superficial y una sindectomía que abarca desde el limbo hasta la inserción de los rectos. La esclerótica queda limpia (Fig. 2)

El estudio histopatológico muestra una ligera papilomatosis, acantosis del epitelio, pérdida de la estratificación normal, mitosis en todos los niveles celulares, anisocariosis, núcleos hiper cromáticos, y capa basal intacta (Fig. 3).

A los tres días de la intervención aparece edema y nebulosidad de córnea, con un inicio de neovascularización (Fig. 4). Se añade al tratamiento general (antibióticos y antiinflamatorios) corticoides y T.E.M. (trietil melamina) de forma tópica, aclarándose inicialmente la córnea, para aparecer finalmente un leucoma central a las pocas semanas, según se ve en la figura 5.

## DISCUSION

La enfermedad de Bowen, puede presentar una morfología clínica

polimorfa que plantea problemas de diagnóstico. Este caso es el primero que tenemos en nuestro Servicio en una paciente joven (28 años), con invasión masiva de córnea, y con una evolución clínica distinta a la reseñada en la bibliografía y en nuestra experiencia.

Dadas las formas múltiples de manifestarse esta enfermedad, somos de la opinión de que el diagnóstico final de la enfermedad de Bowen viene dado por el estudio anatómo-patológico.

Posiblemente la evolución atípica de nuestro caso esté en relación con la discrasia sanguínea de la paciente.

## BIBLIOGRAFIA

- CASANOVAS CARNICER, J. & MASCARÓ, J. M.: "Tumores del aparato visual". Barcelona (1966)
- JORDANO PÉREZ, J.; GALERA DAVIDSON, H.; ABU YAGHI, E. N. & CARRERAS MATAS, B.: "Enfermedad de Bowen en el epitelio corneal". Arch. Soc. Españ. Oftal. **34**:723-730 (1974)
- OFFRET, G.; DHERMY, P.; BRINI, A. & BEC, P.: "Anatomie pathologique de l'oeil et de ses annexes". Masson. París (1974)
- RUIZ - CONSTANTINO BURGOS, J.; GARCÍA SÁNCHEZ, J. & SALADO MARÍN, F.: "Enfermedad de Bowen". Arch. Soc. Españ. Oftal. **35**:1031 (1975)

\* y \*\* Médicos Residentes de la Residencia Sanitaria Ntra. Sra. de Candelaria. Jefe del Departamento: Dr. Antonio OJEDA GUERRA