

Ceguera unilateral secundaria a un adenoma de la glándula del tercer párpado.

Case report: Unilateral blindness secondary to an adenoma of the third eyelid gland.

Tardón, Rodrigo¹ MV; **Cañuta, Pedro**¹ MV; **Brevis, Cristina**² MV; **Urrutia, Pedro**¹ MV; **Labra, Alan**¹ MV.

Resumen

Se reporta el caso de un adenoma de glándula de tercer párpado de un canino, Setter Irlandés, de 9 años. La masa presentaba gran tamaño y un crecimiento caracterizado como lento con progresión de un año aproximadamente. Su presencia afectaba la funcionalidad del ojo derecho. Las afecciones de tipo tumoral del la glándula del tercer párpado son, en orden de presentación, el adenocarcinoma y el adenoma. Su comportamiento tumoral es de alta invasividad local y baja diseminación sistémica. Dada esta característica, el tratamiento de elección corresponde a la extracción quirúrgica con márgenes libres (parcial o total del tercer párpado, según su compromiso). La evaluación inicial de funcionalidad del ojo es primordial, de forma tal que, las revisiones posquirúrgicas permitan anticipar posibles complicaciones, sobre todo en lo referente a la producción de película lagrimal precorneal. La resección quirúrgica puede incluir en estos casos la remoción amplia de conjuntiva y grupos musculares oculares, sin alterar el resultado estético final. La revisión posquirúrgica se recomienda realizar a las 24 horas poscirugía, a la semana y luego mensualmente durante 3 meses, para evaluar evolución de las heridas quirúrgicas, funcionalidad del globo ocular y anexos y el control de recidiva local de la neoplasia.

El caso reseñado expone un abordaje médico-quirúrgico, con éxito estético, de una neoplasia de tercer párpado de grandes dimensiones, conservando el globo ocular, y sin notificación de recidiva tras un año de tratamiento.

Palabras claves : Adenoma, glándula del tercer párpado, neoplasia ocular.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias oculares pueden afectar a cualquier tejido de la órbita, globo y anexos oculares, cuya apariencia puede variar de acuerdo al tejido afectado. La superficie ocular comprende los párpados, tercer párpado, conjuntiva y córnea, siendo los párpados la estructura de la superficie ocular afectada más frecuentemente^{3,8,11}. Los signos

clínicos que se pueden apreciar son secreciones, aumento de volumen o presencia de una masa de crecimiento continuo, que pueden estar asociados secundariamente a queratitis e infecciones¹⁴.

Las neoplasias palpebrales de los perros, en contraste con lo que ocurre en los gatos y caballos,

¹Clínica Veterinaria U. de C, Departamento de Ciencias Clínicas, Facultad de Ciencias Veterinarias, Universidad de Concepción, Casilla 160-C, Correo 3, Concepción, rtardon@udec.cl

²Departamento de Patología y Medicina Preventiva Facultad de Ciencias Veterinarias, Universidad de Concepción.

son en su mayor parte mínimamente invasivas localmente y responden en forma favorable a procedimientos quirúrgicos conservadores, no existiendo reportes de metástasis de origen palpebral en esta especie ¹².

Existen dos publicaciones importantes de casos de neoplasias palpebrales en perros (>200 casos) con resultados muy similares, en las que se indica que las neoplasias benignas superan a las malignas en una relación de 3:1; además, para las neoplasias de origen epitelial respecto a las de origen mesenquimal la relación es de 5:1 ^{8,11}. No se ha establecido una predisposición por sexo y se describe que se presenta principalmente en perros mayores de 10 años de edad ¹². Respecto a la raza las con mayor frecuencia de presentación corresponden a los perros Beagles, Siberian Husky, Setter Ingles, Poodle Toy, Poodle Miniatura, Labrador Retriever y Golden Retriever ¹².

Las neoplasias que afectan al tercer párpado son de baja frecuencia de presentación, siendo descritos en la literatura los melanomas, adenocarcinomas, carcinomas de células escamosas, mastocitomas, papilomas, hemangiomas, hemangiosarcomas y linfomas ^{5-7,9,10,13}. La principal neoplasia es el adenocarcinoma, seguido del adenoma de la glándula del tercer párpado ^{5,6,10,13}. Este tipo de tumor se caracteriza por ser una masa de tejido blando firme, de aspecto inflamado e hiperémico, que se presenta principalmente en perros mayores a 10 años de edad ^{5,10,13}.

El diagnóstico inicial de las neoplasias puede ser realizado en forma simple, de acuerdo a la apariencia clínica. Posteriormente, es requerido un diagnóstico definitivo y precoz del tipo de neoplasia, el que puede realizarse mediante aspirado con aguja fina de la masa, técnica considerada como un método de ayuda para establecer un pronóstico inicial. La remoción quirúrgica de toda la masa y/o de todo el tercer párpado, sobre todo en aquellas neoplasias que dañan directamente al globo ocular (principalmente córnea), o que poseen tasa de crecimiento rápida asociadas o no con edema palpebral, es considerada la terapia más adecuada ^{3,8,11}.

El objetivo de este reporte es describir la evaluación clínica de un perro con ceguera unilateral secundaria a un adenoma de la glándula del tercer párpado, su tratamiento quirúrgico y evolución del caso.

DESCRIPCIÓN DEL CASO.

Fue derivado al Servicio de Oftalmología de la Clínica Veterinaria UdeC de la Universidad de Concepción, un perro Setter Irlandés, macho de 9

años de edad, debido a un aumento de volumen de crecimiento lento durante el último año de vida en el ojo derecho (OD), sin respuesta a los tratamientos de antibioterapia y corticoesteroides instaurados en forma recurrente (en más de 3 ciclos) (Figura 1).



Figura 1. Apariencia del ojo derecho al momento de la consulta inicial. (Setter Irlandés, macho, 9 años). Masa ocupa toda la abertura palpebral y parte del espacio orbital.

A la inspección ocular se estableció en el OD la presencia de una masa de 6 x 3,5cm que desplazaba el globo ocular hacia dorsal, bajo el párpado superior y posterior a ella (Figura 2). Se evidenció la presencia de secreción ocular mucosa e hiperemia conjuntival, así como una córnea con pérdida de su transparencia y vascularización superficial (Figura 2). La cámara anterior se apreció amplia, con forma y tamaño pupilar normal. El reflejo pupilar directo del OD estuvo disminuido y presentó un reflejo consensual normal. El ojo izquierdo se presentó normal el reflejo pupilar



Figura 2. Inspección ocular en la primera consulta. Se retrae el párpado superior y exterioriza la masa del tercer párpado, descubriendo el globo ocular bajo el párpado superior. Sedado con xilacina.

directo y disminuido el reflejo consensual. El reflejo palpebral, corneal y la respuesta de amenaza del OD no fueron posibles de evaluar por la sobre distensión de la abertura palpebral. El ojo izquierdo presentó todos los reflejos mencionados normales. La presión intraocular fue de 45 mm Hg y 18 mm Hg para el ojo derecho e izquierdo respectivamente. El examen de fondo de ojo no se evaluó debido a las lesiones corneales.

El diagnóstico establecido fue neoplasia del tercer párpado, con compresión secundaria del globo ocular y tejido orbital. Los diagnósticos diferenciales fueron adenocarcinoma y adenoma de la glándula del tercer párpado.

El tratamiento indicado fue la extirpación total del tercer párpado y de toda la masa presente, tanto en éste, como en el tejido orbital. Se realizó una cantotomía lateral para un mejor abordaje de los tejidos perioculares (Figura 3), con una disección de todo el tejido tumoral por incisión de tejido sano, comprometiendo gran parte de la conjuntiva (bulbar y palpebral), músculos oculares: recto ventral, recto lateral, recto medial, oblicuo ventral y un 40% del músculo retractor ocular (Figura 4). La conjuntiva palpebral del párpado inferior fue suturada a la conjuntiva bulbar y se realizó un cierre de la cantotomía lateral con puntos simples de Vicril 6/0 (Figura 5). El tratamiento postquirúrgico consistió en la administración tópica de cloranfenicol solución oftálmica 1 gota cada una hora por 48 horas y, posteriormente, una gota 6 veces al día por 10 días. Además, se administró en forma sistémica la asociación de amoxicilina- ácido clavulánico y carprofen por 10 días.

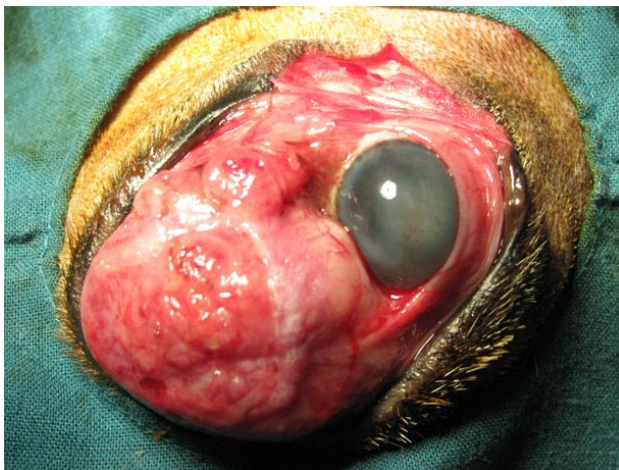


Figura 3. Apariencia intraquirúrgica de la aproximación al área de resección. Cantotomía lateral para ampliar el campo de trabajo.

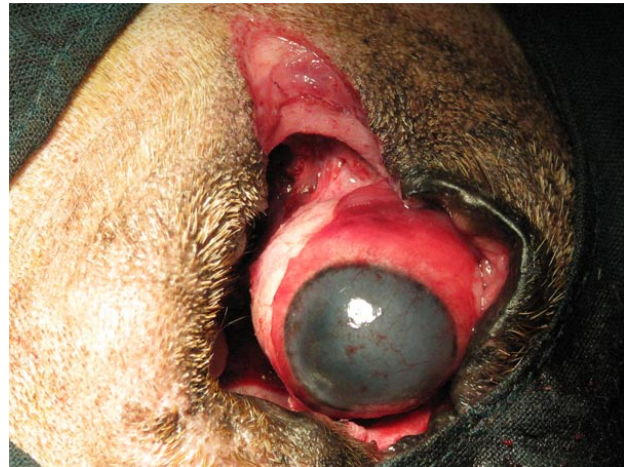


Figura 4. Aspecto del globo ocular, tras la remoción de todo el tercer párpado, conjuntiva palpebral inferior, bulbar y músculos oblicuo ventral, porción del retractor ocular y rectos lateral, ventral y media. La disección no afecta la apariencia cosmética final.



Figura 5. Técnica quirúrgica finalizada. Apariencia del OD posterior a la aproximación de conjuntiva palpebral y bulbar, con cierre de cantotomía lateral.

El estudio histopatológico estableció el diagnóstico de adenoma de la glándula del tercer párpado (Figura 6).

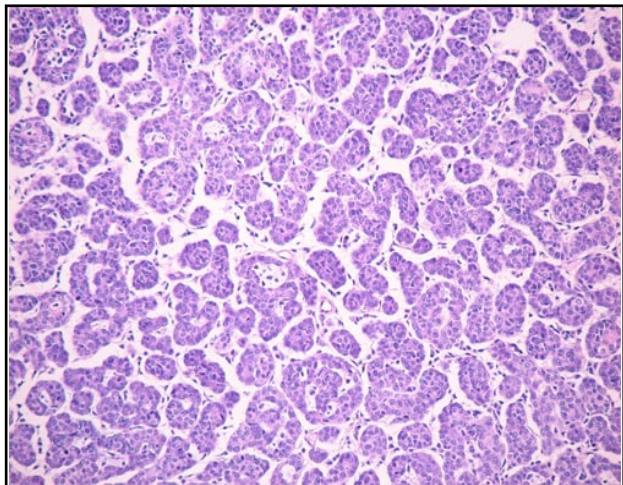


Figura 6. Microfotografía: muestra acinos constituidos por células cúbicas de núcleo voluminosos, con nucleolo; citoplasma estrecho sin vacuolas de secreción; presencia de figuras mitóticas. (Tinción H-E, 200X).

A las 24 horas de realizada la cirugía se evaluó el globo ocular, estableciéndose un test de Schirmer de 6mm/min y 16 mm/min, con una presión intraocular de 19 mmHg y 18 mmHg, para los ojos derecho e izquierdo respectivamente. Además de la ausencia de reflejo palpebral y corneal en OD y presencia de sensibilidad en cara del mismo lado.

En la evaluación a los 7 días de la cirugía se pudo establecer que no existió una desviación del globo ocular; sin embargo; el OD no presentó movilidad ocular voluntaria o respuesta del reflejo oculo vestibular, la córnea presentó mejoría de su transparencia con disminución de la vasculatura superficial (Figura 7). Además, el reflejo palpebral y corneal estuvieron ausentes, con caída parcial del párpado superior (Figura 7). El test de Schirmer fue 7 mm/min en el OD. En la evaluación de fondo de ojo del OD se estableció una disminución de la vasculatura retinal con ausencia de capilares periféricos, papila óptica blanca e hiperreflectividad tapetal; el diagnóstico fue una retinopatía. El OI estuvo normal a la oftalmoscopia.

El diagnóstico oftálmico del perro fue ceguera del OD por compromiso del nervio óptico y/o retinopatía secundaria al aumento de presión intraocular por compresión extraocular.

En las evaluaciones posteriores y hasta los



Figura 7. Revisión 7 días posterior a la resección del adenoma de tercer párpado. Nótese la progresión favorable de la transparencia corneal.

seis meses, el paciente presentó un aspecto ocular normal, no evidenciando signos de recidiva del adenoma, y sin cambios en la signología presentada a partir de las 24 horas postcirugía (Figura 8).

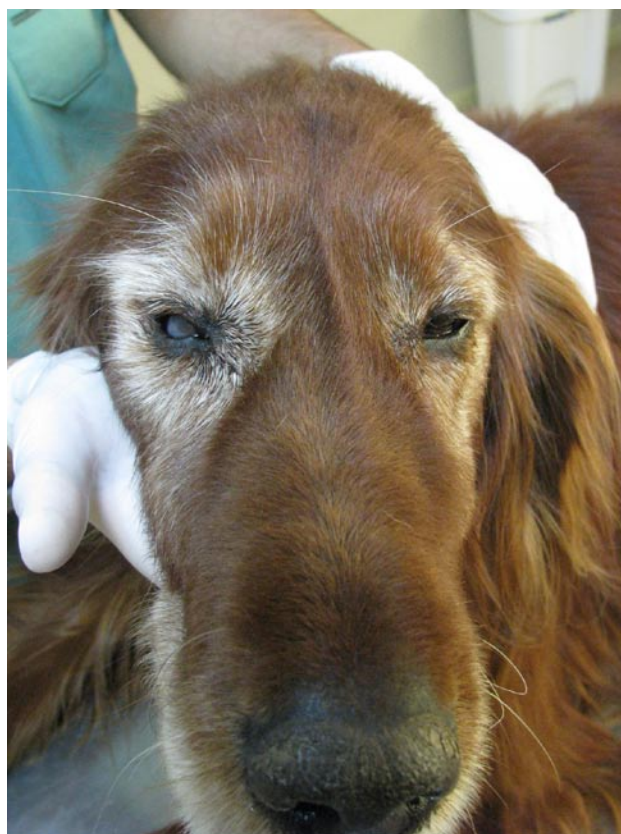


Figura 8. Resultado estético de la intervención quirúrgica a los 6 meses postcirugía.

DISCUSIÓN

Diferentes tipos de tumores pueden afectar a párpados, conjuntiva y córnea, tanto en perros como en gatos ^{1,3,5,7,8,11,12,14}. Las principales neoplasias de la glándula del tercer párpado son el adenocarcinoma, melanoma y papilomas, las que se presenta en perros mayores a 10 años de edad, siendo considerado como tratamiento fundamental en estos casos la extirpación completa del tercer párpado, ya que estos tipos de tumores pueden presentar probables recidivas ^{3,5,6,10}.

El adenoma de la glándula del tercer párpado es un tumor benigno de muy escasa frecuencia de presentación, cuyos signos de recidiva no se presentan si el tumor es totalmente extirpado^{3,5}. La caracterización clínica de este tumor es una masa de lento crecimiento, de consistencia firme el que puede ulcerar por desecación y exposición ambiental e inicialmente debe ser diferenciado de un prolapso de la glándula del tercer párpado ^{3,5}. En el presente caso no se observaron signos de recidiva en el último control oftálmico a los 6 meses y al año de la extirpación al ser consultado telefónicamente el propietario.

La disminución de la producción de la porción acuosa de la película lagrimal precorneal medida con el Test de Schirmer establecida en este caso, puede ser atribuida a la disfunción de la glándula del tercer párpado, ya que se establece que ésta es la responsable de la producción del 30% de la porción acuosa de la película lagrimal precorneal ⁵. Pero esta producción es variable de acuerdo al individuo estudiado, es así como la disminución de la producción de la película lagrimal precorneal puede ser aún más severa, ya que la extirpación quirúrgica de la glándula del tercer párpado produce una disminución de la producción lagrimal entre 29% y 57% (media de 42%) ⁴. Sin embargo, otros autores establecen que posterior a cuatro meses de la remoción de la glándula del tercer párpado, el test de Schirmer disminuye un 9,2% ². Ambos trabajos no establecen la presentación clínica de queratoconjuntivitis seca, sin embargo, es recomendado que la remoción de la glándula del tercer párpado solo se practique cuando este afectada por la presencia de un tumor ⁵.

La caída del párpado superior y ausencia de reflejos palpebral y corneal puede ser atribuida a la sobre distensión del musculo orbicular y/o una deficiencia de las ramas de los nervios periféricos trigémino o facial o ambas.

La ceguera del OD es debida al proceso compresivo del adenoma al ocupar espacios orbitales, generando una disminución del flujo axoplásmico del nervio óptico y/o del flujo sanguíneo

de éste, de la retina y aumento de la presión intraocular por alteración de los mecanismos de drenaje del humor acuoso.

A pesar de la ceguera del globo ocular, el éxito estético obtenido al remover la neoplasia de tercer párpado, a pesar de su gran dimensión, permitió conservar el globo ocular, no presentándose una recidiva tras un año de tratamiento, lo que permite obtener un aspecto del paciente aceptable (Figura 8).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Gilger B. Diseases and surgery of the canine cornea and sclera. En: Gelatt K. *Veterinary Ophthalmology*. 4ª edición. Blackwell Publishing. USA; 2007: 690-752.
2. Gelatt K, Peiffer R, Erickson J, Gum G. Evaluation of tear formation in the dog using a modification of Schirmer tear test. *J Am Vet Med Assoc*; 1975, 166: 368-370.
3. Grahn B, Peiffer R, 2007. Fundamentals of veterinary ophthalmic pathology. En: Gelatt K. *Veterinary Ophthalmology*. 4ª edición. Blackwell Publishing. USA; 2007: 355-437.
4. Helper L. The tear film in the dog. Cause and treatment of diseases associated with overproduction and underproduction of tear. *Anim Eye Res*; 1996, 15: 5-11.
5. Hendrix D. 2007. Canine conjuntiva and nictitating membrane. En: Gelatt K. *Veterinary Ophthalmology*. 4ª edición. Blackwell Publishing. USA; 2007: 662-689.
6. Hirayama K, Kagawa Y, Tsuzuki K, Kotani T, Azuma Y, Yoshino T, Taniyama H. A pleomorphic adenoma of the lacrimal gland in a dog. *Vet Pathol*; 2000, 37: 353-356.
7. Johnson B, Brightman A, Whiteley H. Conjunctival mas cell tumor in two dogs. *J Am Anim Hosp Assoc*; 1988, 24: 439-442.
8. Krehbiel J, Langham R. Eyelid neoplasms in dogs. *Am J Vet Res*; 1975, 36: 115-119.
9. Lavach J, Snyder S. Squamous cell carcinoma of the third eyelid in a dog. *J Am Vet Med Assoc*; 1984, 184: 975-976.
10. Rebhun W, Edwards N. Two cases of orbital adenocarcinomas of probable lacrimal gland origin. *J Am Anim Host Assoc*; 1977, 13: 691-694.
11. Roberts S, Severin G, Lavach J. Prevalence and treatment of palpebral neoplasms in the dog. *J Am Vet Med Assoc*; 1986, 189: 1355-1359.
12. Stades F, Gelatt K. Diseases and surgery of the canine eyelid. En: Gelatt K. *Veterinary Ophthalmology*. 4ª edición. Blackwell Publishing. USA; 2007: 563- 617.

13. Wilcock B, Peiffer R 1988. Adenocarcinoma of gland of the third eyelid in seven dogs. J Am Vet Med Assoc; 1988, 193: 1549-1550.

14. Willis A, Wilkie D. Ocular Oncology. Clin Tech Small Anim Pract ; 2001, 16: 77-85.