

## Adenoma de la glándula del tercer párpado en el perro

ESTEFANÍA FLORES P.<sup>1</sup>, M.V., GINO CATTANEO U.<sup>1</sup>, M.V., ANDRÉS BASTÍAS P.<sup>1</sup>, M.V., CARLOS M. GONZÁLEZ R.<sup>1</sup>, M.V., PhD., FRANCISCA BAHAMONDES G.<sup>1</sup>, Lic. M.V. y DENISE GRIMAU C.<sup>1</sup> M.V.

<sup>1</sup> Facultad de Cs Veterinarias y Pecuarias, Universidad de Chile.

### ABSTRACT

#### ADENOMA OF THE THIRD EYLID IN A DOG

The third eyelid (Nictitating Membrane) is located in the medial edge of the eye. It is a conjunctiva fold with a T-shaped cartilaginous skeleton, with a seromucous gland that envelops the base of the cartilage. The inner surface of the conjunctiva presents a cluster of lymphoid follicles. The gland is seromucous and has been described that produces 30% of the aqueous tear film. The 3rd eyelid may be affected by congenital abnormalities, such as dermoid and eversion of the cartilage, and acquired diseases, such as prolapse or protrusion of the gland, follicular conjunctivitis and neoplasia. The protrusion of the gland over the free edge of the third eyelid is described by its macroscopic form as “cherry eye” (Haws syndrome) and may correspond to inflammatory hyperplasia, displacement or prolapse of the gland, or neoplasm. The gland is “Prolapsed” when it exceeds the bands of connective tissue that fixed to the periorbital tissue. It describes the case of a male dog, Cocker spaniel, 5 years old, patient treated in Surgery, School of Veterinary Science, University of Chile. In the medial edge of the right eye showed a congestive increase in volume, conjunctivitis, blepharospasm and epiphora. The diagnosis, rule out prolapse of the gland because of hyperplasia inflammatory, by the age of the patient, because this is more common in younger individuals, and responds to local medical therapy. The gradual course from 3 years to 5 years, guided to a chronic disease, neoplasia, as the most likely. It was decided to perform the excision of the affected gland, under a protocol of general anesthesia composed of Atropine, Propofol, and Isoflurano. Escisional biopsy, with histopathological examination (hematoxylin-eosin staining), showed an sebaceous gland epithelium; highly differentiate, with moderate vascularization. The not encapsulated growth has well-defined edges, with surgical free margins. Histopathological diagnosis: Sebaceous gland adenoma.

**Key words:** Canine ophthalmology, Third eyelid, ocular neoplasia.

### RESUMEN

El tercer párpado (membrana nictitante) se sitúa en el canto medial del ojo. Es un repliegue de conjuntiva con esqueleto cartilaginosa en forma de T, en relación al cual se ubica una glándula

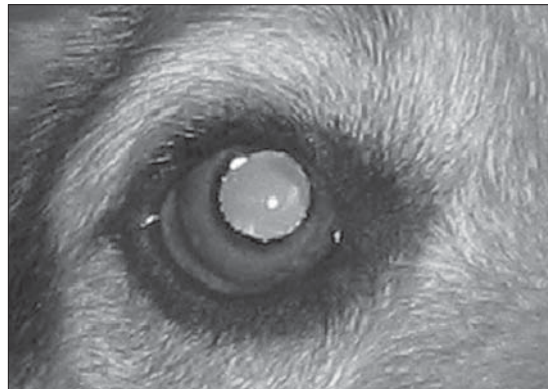
Santa Rosa 11735, La Pintana. Casilla 2, correo 15, La Granja.  
E-mail: eflores@uchile.cl

seromucosa envolviendo la base del cartílago. La cara interna de la conjuntiva presenta gran número de folículos linfoides en superficie. La glándula es sero-mucosa y se ha descrito que produce el 30% de la película lagrimal acuosa. Existen razas en las que por conformación anatómica hay una protrusión parcial continua, perros de ojos muy expuestos y párpados inferiores caídos (Cocker, Basset, Beagle y otros). El tercer párpado puede ser afectado por enfermedades congénitas, como dermoides y eversión del cartílago, y por enfermedades adquiridas, como la protrusión o prolapso de la glándula, conjuntivitis folicular y neoplasias. Las condiciones que significan protrusión de la glándula sobre el borde libre del tercer párpado son denominadas por su forma macroscópica como “ojo de cereza” (síndrome de Haws) y pueden corresponder a hiperplasia inflamatoria, desplazamiento o prolapso de la glándula, o neoplasias. La glándula se “prolapsa” cuando sobrepasa las bandas de tejido conectivo que la fijan a los tejidos periorbitales. Se describe el caso de un perro, macho, de raza Cocker de 5 años, paciente atendido en el Servicio de Cirugía de la Facultad de Cs. Veterinarias y Pecuarias de la Universidad de Chile. En el canto medial del ojo derecho presentaba un aumento de volumen congestivo, conjuntivitis, y epifora. El diagnóstico diferencial, por la edad del paciente, descartó la hiperplasia inflamatoria, más frecuentes en los individuos jóvenes, de pocos meses, que responde a terapia médica local. El curso paulatino desde los 3 años a los 5 años, orientó a una patología crónica, neoplasia, como el más probable. Se decidió realizar la exéresis de la glándula afectada, bajo un protocolo de anestesia general compuesto de Atropina, Propofol, e Isoflurano. La biopsia escisional, al examen histopatológico, (tinción Hematoxilina-Eosina), mostró un epitelio glandular sebáceo sin atipia; altamente diferenciado, con vascularización moderada, un crecimiento no encapsulado, pero bien definido, de bordes quirúrgicos libres. Diagnóstico histopatológico: Adenoma de glándula sebácea.

**Palabras clave;** Oftalmología canina, tercer párpado, neoplasias oculares.

## INTRODUCCIÓN

El tercer párpado o membrana nictitante (MN) (Figura 1, MN) es un repliegue de conjuntiva con esqueleto cartilaginoso en forma de T (Figura 1, Ct), cuya cara interna esta cubierta por la continuación de la conjuntiva bulbar, y la cara externa por la continuación de la conjuntiva palpebral, siendo el trazo horizontal de dicha T paralelo al borde libre de la MN. Sobre el trazo vertical del cartílago en T, se ubica una glándula sero-mucoide (Figura 1, Gl), histológicamente descrita como similar a la glándula lagrimal, que lo cubre tanto en su cara bulbar como en la externa o conjuntival. La superficie bulbar de la conjuntiva esta cubierta de folículos linfoides, que se ubican sobre la glándula. No existen estructuras musculares entre la MN y el párpado inferior y el globo ocular, y la mayor o menor protrusión de su borde libre dependerá de la posición del globo ocular (GO), que a su vez es determinada por la acción del músculo Retractor del ojo. Si se contrae el músculo, el globo ocular es retraído en la órbita y el borde libre aparece mas elevado; si se relaja el músculo, el GO se exteriorizará y



**Figura 1.** Esquema del tercer párpado, cartílago en T y glándula.

la MN se observará como un reborde mínimo. La base o parte más profunda de glándula estaría fijada al margen ventro-medial de la órbita sólo por bandas de tejido conectivo. La función de la MN es proteger el ojo cuando es retraído por un reflejo defensivo; además distribuye en la superficie ocular la película precorneal, importante en particular cuando hay defectos físicos que impi-

den el correcto cierre de los párpados superior e inferior, por conformación anormal o por daño de las ramas palpebrales del nervio aurículo-palpebral, que produce parálisis del músculo Orbicular Ocular. La glándula de la MN contribuye a la producción del estrato acuoso de la película lagrimal precorneal, en un % que es variable de un perro a otro, por lo que su extracción quirúrgica puede afectar la producción de lagrimas en un % variable, imposible de predecir, que puede significar una querato-conjuntivitis sicca aguda, post extracción, o de aparición a largo plazo, si la producción de lagrimas es comprometida por otras patologías al avanzar en edad. Las enfermedades quirúrgicas que pueden afectar la glándula son inflamación, hiperplasia, prolapso y neoplasias; y su síntoma común es la protrusión glandular (ojo de cereza). Para su diagnóstico diferencial se debe considerar edad, raza, tiempo de presentación y curso. La citología es de resultados variables y la confirmación definitiva es histológica. La inflamación responde a terapia local; el prolapso puede ser quirúrgicamente reducido y fijado en posición normal, la lesión tumoral debe ser enucleada y enviada a estudio histopatológico. Los procesos malignos son de pronóstico reservado; por sus condiciones de irrigación y ubicación es insegura la eficacia de una quimioterapia endovenosa, se investiga la aplicación de radiación controlada. La exéresis de la glándula elimina el factor irritante y proporciona el espécimen para diagnóstico definitivo. El eventual desarrollo de una Keratoconjuntivitis sicca secundaria es tratable.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

### Reseña:

Un canino, macho, mestizo Cocker, de 5 años, con peso corporal de 15 Kg, solicitó atención en el Servicio de Cirugía, del Departamento Ciencias Clínicas, de la Facultad de Ciencias Veterinarias y Pecuarias de la Universidad de Chile; como caso de oftalmología.

### Anamnesis:

Hacia 2 años había comenzado con un cuadro de irritación y secreción serosa en el ojo derecho, que al progresar el grado de congestión ocular, se hizo mucosa. Fue tratado con colirios y pomadas oftálmicas con antibiótico, de aplicación local,

pero siguió progresando, proyectándose el tercer párpado o membrana nictitante sobre la superficie corneal, para culminar en el desarrollo de un aumento de volumen manifiesto en la cara interna de la estructura, que finalmente sobrepasó el borde, quedando expuesta al ambiente. No siendo eficiente la terapia local aplicada por más de un mes, decidieron concurrir a la Facultad.

### Examen clínico:

A la inspección, su estado general era bueno, la cubierta corporal brillante, estaba alerta y activo y los valores de las constantes fisiológicas estaban dentro del rango considerado normal para la especie. Sólo presentaba una alteración evidente en su ojo derecho.

### Examen oftalmológico

Se observaba en el canto medial del ojo un aumento de volumen con protrusión de tejido de la cara interna del tercer párpado, congestivo e inflamado, conjuntivitis y epifora (Figura 2).

### Prediagnósticos:

La protrusión glandular (ojo de cereza), es el síntoma común a varias condiciones: inflamación, hiperplasia, prolapso y neoplasias.

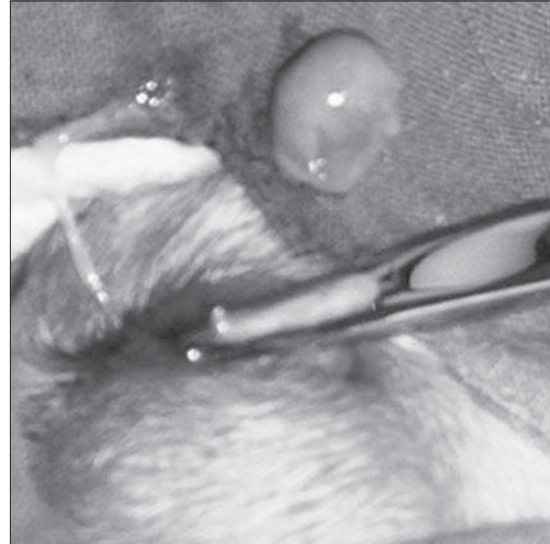
El diagnóstico diferencial, al considerar la edad del paciente, eliminaba la hiperplasia inflamatoria, propia de los individuos más jóvenes, incluso de pocos meses, que responden a terapia medica local, ya aplicada sin respuesta se-



**Figura 2.** Tercer párpado aumentado de volumen (ojo de cereza), epifora, secreción mucosa.



**Figura 3.** Glándula tumoral en la cara interna de la membrana nictitante (MN). Se observan folículos linfoides.



**Figura 4.** Glándula seccionada, hemostasis con pinza en la superficie conjuntival cortada.

gún anamnesis; y el prolapso de la glándula, que también es propio de los individuos jóvenes.

El curso paulatino desde los 3 años a los 5 años, orientó el prediagnóstico a una patología crónica, neoplasia, como el más probable.

#### **Decisión terapéutica:**

Considerando como más probable que se tratara de un proceso neoproliferativo, se decidió realizar la exéresis de la glándula afectada, bajo anestesia general.

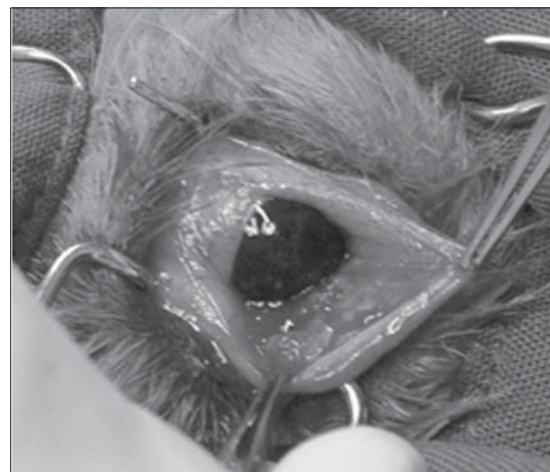
#### **Porcedimiento anestésico:**

Según la evaluación preanestésica, se trataba de un paciente adulto joven, clínicamente sano, sometido a un procedimiento quirúrgico programado (ASA1). El protocolo incluyó preanestesia con atropina, 0,04 mg/Kg PC, inducción con Propofol, y mantención anestésica con Isoflurano.

#### **Técnica quirúrgica:**

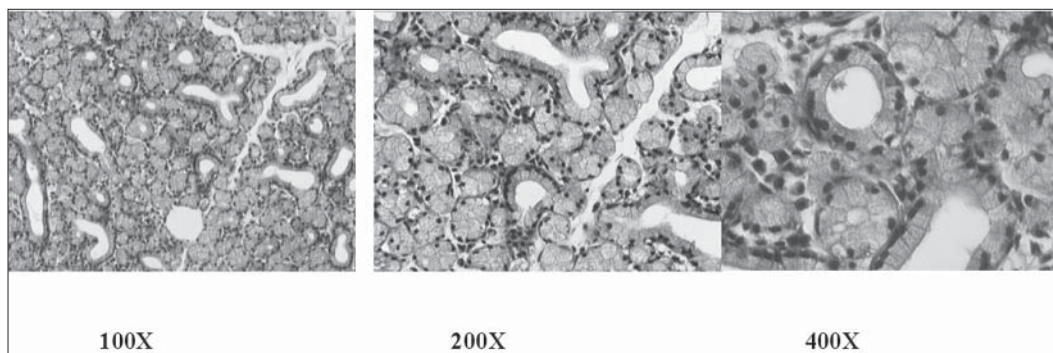
En el paciente colocado en la mesa de operaciones en decúbito lateral izquierdo, se aisló el campo operatorio mediante un paño de campo fenestrado, dejando expuesto el ojo derecho. Se procedió a sujetar el borde libre del tercer párpado con una pinza, facilitando la eversión de la masa que se asentaba en su cara interna (Figura 3). Se realizó, mediante una tijera fina de oftal-

mología, un corte en la base de implantación de la glándula, separándola mediante disección cuidadosa, haciendo hemostasis por pinzado de los vasos seccionados (Figura 4). Se verificó la hemostasis en la superficie medial del tercer párpado extendido mediante pinzas oftálmicas (Figura 5). El post operatorio consideró la protección del ojo operado mediante el uso continuo de collar isabelino por siete días, administración de colirio con antibiótico, cuatro veces al día, y de pomada



**Figura 5.** Blefarostato mantiene los párpados separados, superficie medial de la MN extendida mediante con pinzas para controlar hemostásis.





**Figura 6.** Estudio histopatológico: Tinción: Hematoxilina-Eosina. Tipo Celular Predominante: Epitelio glandular sebáceo sin atipia; en acinos formando masas lobulillares, con numerosos conductos quísticos, rodeados de escasas fibras colágenas. Descripción: Grado de diferenciación alto; índice miótico no apreciable; vascularización moderada; no hay necrosis ni inflamación neutrofílica: hay infiltración linfocitaria focal diseminada. El crecimiento no está encapsulado, pero si bien definido, con bordes quirúrgicos libres. Conclusión: Adenoma de glándula sebácea.

de igual composición en la noche. A la semana se controló y se dio de alta, con un control programado para seis meses después.

#### Diagnóstico histopatológico:

Adenoma de glándula sebácea (Figura 6).

### DISCUSIÓN

La exéresis de la glándula es bastante discutida, se argumenta que su extracción favorecería la aparición de *queratitis sicca*, y su conservación prevendría su desarrollo. La decisión terapéutica de realizarla fue tomada basándose en la edad del paciente y los antecedentes anamnésticos; que aseguraban que ya había sido tratado con colirio y ungüentos oftálmicos por tiempo prolongado. Era dudoso que fuera un prolapso de la glándula, que en la gran mayoría de los casos es propio de animales jóvenes y finalmente, el tiempo de crecimiento paulatino relatado, hacía pensar en una neoplasia, que es una patología asociada a una mayor edad. Se pudo pensar en una citología preoperatoria, pero la citología es de resultados variables y va a requerir de la confirmación histológica, que fue la que se realizó, ya que la exéresis es una biopsia escisional. Si se hubiera tomado una citología previa, y obtenido un pre-diagnóstico de neoplasia benigna, tampoco hu-

biera sido aconsejable dejarla en lugar, fijándola como en los prolapsos, dado que no hay ninguna seguridad que un cambio celular que lleva a una proliferación localizada, no metastizante, no pueda ser seguido o complicado con cambios malignos. La exéresis de la glándula afectada, como técnica era racionalmente radical y segura para cualquier neoplasia, si se compara con la extracción completa del tercer párpado, que mutila la estructura y no es aconsejable de realizar, por el alto riesgo de tener secuelas derivadas de la función mecánica y protectora del tercer párpado. Si la extracción de la glándula favorece una *queratitis sicca*, esta es tratable y no constituye amenaza vital a corto plazo, como sería una neoplasia maligna.

### REFERENCIAS

- 1.- ANDRADE AL, FERNÁNDES MAR, BIAZZONO L, LUVIZZOTO MCR, CORREAC, SANTOSA. Clinical Trial with 90Strontium Low Radiation for Treatment of Third Eyelid Neoplasms in Dogs. 2003. In: Modiano J. F. (Ed.), *Genes, Dogs and Cancer: 3rd Annual Canine Cancer Conference, 2003 - Seattle, WA, USA*. Ithaca: International Veterinary Information Service (www.ivis.org), 2003; Document No. P3028.0903.
- 2.- BROOKS D. 1999. Current Concepts in veterinary ophthalmology. University of Florida. Gainesville.
- 3.- GELATT KN. 1991. *Veterinary Ophthalmology*. 2nd Edition, Lea & Febiger. Philadelphia. London.