

11234
1 ej 31



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

TUMORES PALPEBRALES

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S. S.

UNIDAD DE OFTALMOLOGIA

TESIS DE POSTGRADO

DR. FELIX EMILIO RUIZ DIAZ

COORDINADOR: DR. SADI DE BUEN LOPEZ HEREDIA

MEXICO, D. F.

1986

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	2
MATERIAL Y METODOS	3
RESULTADOS	4
NEOPLASIAS BENIGNAS	13
NEOPLASIAS MALIGNAS	36
DISCUSION	68
CONCLUSIONES	71
BIBLIOGRAFIA	72

INTRODUCCION

Debido a que los párpados están constituidos por seis - capas, a saber: 1) Piel; 2) Tejido celular sub-cutáneo; -- 3) Muscular; 4) Sub-muscular; 5) Fibrosa y 6) Mucosa conjuntival; pueden dar origen a numerosas neoplasias benignas y - malignas, a partir de los epitelios de revestimiento y glandulares, vasos sanguíneos, vasos linfáticos, tejido linfóide, nervios periféricos, tejido conectivo fibroso, etc.^{2,4}. Además, no podemos dejar de mencionar aquellos tumores palpebrales originados en los tejidos vecinos y distantes, que pueden alcanzar a las estructuras en estudio por extensión directa o por metástasis (tumores secundarios)^{2,4}.

El conocimiento previo de esta extensa gama de neoplasias que pueden afectar a los párpados permitirá un diagnóstico más certero y en consecuencia el establecimiento de la terapéutica correcta⁴.

OBJETIVOS

El estudio tiene como objetivo determinar la incidencia de los tumores palpebrales en la Unidad de Oftalmología del Hospital General de México, S. S., en el periodo comprendido entre el 1° de Mayo de 1985 al 31 de Octubre de 1986.

Para tener una idea más precisa de este objetivo se analizará su incidencia, sexo afectado, edad, localización, diagnóstico clínico y en los casos donde se pueda registrar un diagnóstico anatomopatológico.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se caracteriza por ser de tipo longitudinal, prospectivo, no experimental y clínico. Se incluirán aquellos pacientes de cualquier edad de la vida que acudan a la Unidad de Oftalmología del Hospital General de México-SS, -- con una neoplasia de los párpados. Sin embargo, no es posible excluir de este estudio a los pacientes con una tumoración no neoplásica de los párpados, ya que desde el punto de vista clínico a veces es difícil su diferenciación, por lo que el estudio histopatológico es de gran importancia para el establecimiento de un diagnóstico correcto.

La fuente de información se seleccionó por anamnesis directa o indirecta y por exploración oftalmológica y clínica completa.

Para la realización de este estudio contamos con las instalaciones y el equipo de la consulta externa, el quirófano y el Servicio de Patología ocular de la Unidad de Oftalmología del Hospital General de México-SS. Se tomó como horario de actividades de las 8:00 horas hasta las 14:00 horas en el periodo de tiempo señalado con anterioridad.

RESULTADOS

En el período comprendido entre el 1° de Mayo de 1985 al 31 de Octubre de 1986 se observaron 64 tumores palpebrales cuyos diagnósticos clínico .no siempre confirmados histológicamente, fueron: Nevos 15; granulomas piógenos 9; -carcinomas basocelulares 8; papilomas 8; quistes dermoí--des 6; quistes sebáceos 3; queratosis seborreica 3; quistes de glándula de Moll 2; quiste palpebral 2 y un grupo -misceláneo de 7 tumores, cada uno representado por un caso. (Véase cuadro 1).

CUADRO 1
TUMORES PALPERRALES (1985 - 1986)
UNIDAD DE OFTALMOLOGIA, HOSPITAL GENERAL, S.S.

Diagnósticos Clínicos

Nevos	15
Granuloma Piógeno	9
Papilomas	8
Ca. Basocelular	8
Quista Dermóide	6
Queratosis Seborreica	3
Quista Sebáceo	3
Quista de G. de Moll	2
Quista Palpebral	2
Lipoma	1
Hemangioma	1
Flegrulo Conjuntiva Tarsal	1
Chalacía	1
Neurofibroma	1
Carcinoma de G. de Meibomio	1
Melanoma	1
Rabdomiosarcoma	1
Total	64

En este grupo de tumores palpebrales hubo un mayor número de pacientes del sexo femenino (45) que del masculino (19) y no se presentó una diferencia significativa en cuanto a la localización en párpados superiores o inferiores (Sup. = 33, - Inf. = 31).

En 32 pacientes se efectuó estudio histopatológico, confirmando en 17 casos el diagnóstico clínico.

Los tumores benignos fueron los más frecuentemente observados (53), sobre todo en los pacientes del sexo femenino (38), sin una diferencia significativa en cuanto a la localización en párpados superiores o inferiores (Sup. = 29, Inf. = 24).

Se realizaron 25 estudios histopatológicos, confirmando en 12 casos un diagnóstico clínico correcto.

Las neoplasias malignas fueron observadas en 11 casos, - 7 de los cuales fueron del sexo femenino, todos éstos en el -- párpado inferior. El diagnóstico clínico fue correcto en 5 de los 7 casos con estudio anatomopatológico.

El nevo fue la neoplasia más frecuente (15), observándose más en el sexo femenino (10), sin diferencia significativa por localización en párpados superiores o inferiores (Sup. = 7 Inf. = 8). Se efectuó estudio histopatológico en 2 casos, -- confirmando en uno de ellos un diagnóstico clínico correcto

y en el otro, un diagnóstico diferente (queratosis seborreica).

Se hizo el diagnóstico clínico de granuloma piógeno en 6 pacientes del sexo femenino y en 3 del masculino, sin diferencia significativa en cuanto a la localización en párpados superiores o inferiores (Sup. = 4, Inf. = 5). Seis casos -- fueron objeto de estudio histopatológico, confirmándose en -- dos de ellos el diagnóstico clínico. En los otros 4 casos, -- histológicamente se establecieron los siguientes diagnósticos: nuevo intradérmico; epiteloma calcificante de Malherbe, quiste epitelial y hemangioma cavernoso.

El papiloma afectó a 5 pacientes del sexo femenino y a 3 del masculino, observándose con mayor frecuencia en el párpado superior (7), confirmándose un diagnóstico clínico correcto en 2 casos de los 3 en que se hizo estudio anatomopatológico. El otro caso correspondió a un nevo verrugoso.

El carcinoma basocelular fue la neoplasia maligna más probablemente observada (8), sobre todo en el sexo femenino (7) -- y entre los 51-80 años de edad (6). En 4 casos estudiados -- por histopatología, se ratificó el diagnóstico clínico.

El quiste dermoide se observó en 4 casos del sexo femenino y en 2 del masculino, 5 de los cuales se presentaron

en el primer decenio de la vida y todos localizados en el párpado superior. En 4 casos se realizó estudio histopatológico, confirmándose en todos un diagnóstico clínico correcto.

Se estableció el diagnóstico clínico de queratosis seborreica en 3 pacientes del sexo femenino, entre los 51-80 -- años de edad y localizados en el párpado inferior. En 2 casos se efectuó estudio anatomopatológico, confirmándose en 1 de ellos el diagnóstico clínico correcto y en el otro un diagnóstico diferente (nevo verrugoso).

Se diagnosticó quiste sebáceo en 2 pacientes del sexo masculino y en 1 del sexo femenino, 2 de los cuales se presentaron en el párpado inferior. En los 2 casos en que fue realizado el estudio histopatológico se establecieron diagnósticos diferentes: quiste dermoide y quiste epidermoide -- roto.

Estos siete tumores suman en total 52 casos. Los doce restantes están representados por 10 variedades tumorales, 7 de las cuales son benignas y 3 malignas y, que debido a su número pequeño no se describen con detalles, pero quedan anotados en el Cuadro # 1.

En vista del gran número de neoplasias que pueden afectar los párpados, creo conveniente mencionar algunos aspectos descritos en la literatura que nos permitan conocer el comportamiento biológico-clínico de la mayoría, con lo cual podamos establecer un mayor número de diagnósticos clínicos - correctos y aplicar una terapéutica adecuada.

Con el objeto de mostrar la gran cantidad de tumores -- palpebrales, me permito señalar la clasificación descrita -- por Duke-Elder', como sigue:

I QUISTES DE LOS PÁRPADOS

1) Quistes de las glándulas sudoríparas:-- Hidrocistoma: sobre la piel.

- Q. de gl. de Moll: sobre el borde libre de los párpados.

2) Quistes de las glándulas sebáceas:-- Piel (Miliun, atheroma)

- Borde libre de los párpados: Glándulas de Zeis o de Meibomio.

3) Quistes de las glándulas de Krause.

II TUMORES EPITELIALES:

- A - Cutáneos:
- a) Benignos:
 - 1) Papiloma
 - 2) Queratosis senil
 - 3) Queratosis seborreica
 - 4) Queratoacantoma
 - 5) Queratosis folicular invertida
 - 6) Tricoepitelioma
 - 7) Epitelioma calcificante de Malherbe
 - 8) Cuerno cutáneo
 - b) Malignos:
 - 1) Carcinoma espinocelular
 - 2) Carcinoma basocelular
 - 3) Carcinoma intra-epitelial
 - 4) Xeroderma pigmentoso
- B - Glandular
- 1 - Tumores de las glándulas sebáceas:
 - a) Adenoma sebáceo de la piel
 - b) Adenoma de las glándulas de Meibomio
 - c) Adenoma de las glándulas de Zeis
 - d) Adenocarcinoma sebáceo de la piel
 - e) Adenocarcinoma de las gl. de Meibomio
 - f) Adenocarcinoma de las gl. de Zeis

2 - Tumores de las glándulas sudoríparas:

- a) Hidradenoma
- b) Siringoma
- c) Adenoma pleomórfico
- d) Adenoma de las glándulas de Moll
- e) Hidradenocarcinoma
- f) Hidradenocarcinoma de las gl. de Moll.
- g) Cistadenoma papilar linfomatoso
- h) Oncocitoma

III TUMORES MESENQUIMATOSOS:

- A) Benignos:
 - 1) Fibroma
 - 2) Esclerosis tuberosa
 - 3) Lipoma
 - 4) Leiomioma
 - 5) Mixoma
 - 6) Condroma
- B) Maligno: - Sarcoma

IV TUMORES DEL TEJIDO LINFO-RETICULAR:

- a) Linfoma benigno
- b) Linfosarcoma
- c) Linfoma folicular gigante
- d) Linfoma de Burkitt

e) Enfermedad de Hodgkin

f) Micosis fungoide

g) Plasmocitoma

V TUMORES VASCULARES:

A) Hemangioma: 1) Capilar

2) Cavernoso

3) Hemangio-endoteloma

4) Plexiforme

5) Hemangio-pericitoma

6) Angioma en telaraña

7) Angioma senil

8) Angioma serpiginoso

B) Granuloma telangiectásico

C) Angioqueratoma de Mibelli

D) Sarcoma Múltiple hemorrágico de Kaposi

E) Tumor gloma

F) Linfangioma-Linfangio endoteloma

VI TUMORES DEL TEJIDO NERVIOSO:

A) Neurofibromatosis: 1) Neuroma plexiforme

2) Neurofibromatosis difusa

3) Molusco fibroso

4) Síndrome de neuroma mucoso múltiple

B) Neurilemoma

C) Schwannoma de células granulares de Brikossoff

1 - Ganglioneuroma

2 - Neuroma de amputación

VII TUMORES PIGMENTADOS:

A) Nevos

B) Melanoma maligno

VIII TUMORES METASTASICOS

IX TUMORES DEL DESARROLLO:

A) Dermoides

B) Teratomas

C) Coristoma facomatoso

NEOPLASIAS BENIGNAS

1) NEVOS:

Son tumores cutáneos pigmentados, de naturaleza benigna y muy frecuentes². Se calcula que el adulto tiene en promedio 15 de éstos³. De Bues⁴, en su serie de 299 tumores -- palpebrales, encontró que este tumor representaba el 18.7% - y hacía notar que esta cifra no refleja la incidencia real, - ya que únicamente se extirpan aquellos nevos que dan manifestaciones clínicas o por razones estéticas.

Probablemente, es por esta última razón por lo cual se estudian histológicamente con más frecuencia en el sexo femenino. En relación con la localización no hay preferencia por alguno de los párpados (superior o inferior)^{1,3,4}. Zimmerman² señala la mayor frecuencia de esta neoplasia sobre la superficie de los párpados y sobre el borde libre de éstos. En cuanto a la edad, se les puede encontrar en todas las etapas de la vida.^{1,2,3,4}

El origen de esta neoplasia viene dado por la migración de las células névicas de la cresta neural a la piel de los primordios palpebrales.³

La etiopatogenia de los nevos según Zimmerman² viene -

dada por una influencia hormonal sobre la melanogénesis y el aumento de un nevo congénito durante la pubertad. Su mayor pigmentación, que se puede observar durante el embarazo, podría considerarse como un aspecto fisiológico y no un signo de crecimiento tumoral².

Desde el punto de vista histológico se describen 3 variedades de nevos: nevo intradérmico, nevo de unión y nevo-compuesto^{2,4}. Los nevos intradérmicos son los más frecuentes, se originan de la dermis y se caracterizan por presentarse en la clínica como lesiones elevadas, ovaladas o redondeadas, pigmentadas y en algunos casos conteniendo pelos, característica ésta que debe hacernos pensar en esta variedad.² -- Es importante mencionar que los nevos intradérmicos no se malignizan y son raros antes de la pubertad².

Los nevos de unión crecen en las capas profundas de la superficie epitelial, sin afectar la dermis adyacente. Generalmente son planos y se consideran potencialmente malignos.²

Los nevos compuestos presentan elementos de las 2 variedades previamente descritas y son los menos frecuentes.²

Otras variedades descritas son el nevo juvenil y el nevo azul. El primero aparece antes de la pubertad, su histolo

gía recuerda a un melanoma maligno, aunque su curso clínico es benigno². El nevo azul se caracteriza por ser una lesión discretamente elevada, de color azul-gris a negro, presente desde el nacimiento o poco tiempo después. Es más frecuente en la raza oriental y negros y puede asociarse con hiperpigmentación ipsilateral de la uvea. Histológicamente se aprecia un acúmulo de melanocitos en las capas profundas de la dermis².

2) PAPILOMA:

Es una neoplasia frecuentemente encontrada en los párpados, sin diferencia significativa en cuanto al sexo, localización por los párpados (superior o inferior) y a la edad. - 2,4

Desde el punto de vista clínico se puede presentar como un tumor sésil en el borde libre de los párpados o como un tumor pedunculado sobre la piel.² Generalmente se describen como lesiones redondeadas, elevadas, de superficie irregular, de bordes precisos, con cierto brillo.

Histológicamente presenta proyecciones digitiformes de la dermis cubiertas por epitelio plano estratificado, con papilomas y generalmente abundante queratina².

3) QUERATOSIS SEBORRÉICA:

También conocida como papiloma de células basales, verruga senil, verruga seborreica². Es una neoplasia epitelial frecuentemente observada sobre los párpados, principalmente el superior^{2,4}. Por lo general no existe predilección por alguno de los sexos y aunque presente en todas las edades, su incidencia es mayor en la edad media y adulta⁴.

Su aspecto clínico es la de una lesión elevada (excrecente), de color café claro a oscuro, bien circunscrita, con bordes brillantes por la queratina^{1,2,6}.

Al corte se observa una superficie lobulada, encefaloide, untuosa, con desprendimiento de queratina al rasparse^{2,7}.

Histopatológicamente se observa una proliferación de células basaloideas, además de acantosis e hiperqueratosis. Puede o no haber pigmento y se pueden encontrar pseudoquistes de queratina entre las células en proliferación^{2,7}.

Esta neoplasia, clínicamente puede confundirse con: carcinoma basocelular, epiteloma de células escamosas, nevos, melanomas^{1,2,6}.

4) QUERATOACANTOMA:

Conocido también como molusco sebáceo, molusco pseudo-carcinomatoso, es una neoplasia poco frecuente que suele presentarse en pacientes de la edad media y mayores^{2,4}. Es un tumor de rápido crecimiento, pudiendo alcanzar su máximo tamaño (1-2 cms) después de 6-8 semanas, con tendencia a la remisión en meses o años^{2,6,8}. Clínicamente tenemos una lesión generalmente solitaria, de bordes elevados, con centro umbilicado en forma de cráter y lleno de queratina^{2,6,8}. -- Desde el punto de vista histopatológico se aprecia: Acantosis y disqueratosis de las células de la epidermis, con invasión de la epidermis y la dermis^{2,7,8}.

Stewart y col.⁸ publican la aparición de un queratoacantoma del párpado inferior derecho en un paciente de 19 -- años de edad, dos años después de recibir un trasplante renal. Señalan como causas probables de este hecho: 1) Supresión del sistema inmunológico por drogas y suero; 2) La posibilidad de un trasplante accidental de células tumorales y 3) El efecto carcinogénico que tienen los virus y agentes inmunosupresores.

5) QUERATOSIS FOLICULAR INVERTIDA:

Es considerada en la actualidad como una queratosis se-

borreica irritada⁷. Tiene predilección por la región de la cara, la cual se presenta como una proyección papilar o nodular que parte de la superficie^{1,2,6}. Su nombre deriva del aspecto histopatológico en el que se muestra una configuración invertida que hace recordar al molusco contagioso y queratocantoma, pero que además presenta numerosas células escamosas en forma de remolino^{2,7}.

6) TRICOFOLICULOMA:

Es una neoplasia rara la cual se presenta con mayor frecuencia sobre la cara, cuero cabelludo y cuello⁹. En relación con los párpados, se presenta con menos frecuencia que en los sitios antes mencionados y no se reporta predilección por edad, sexo y localización⁹.

El aspecto clínico es el de un tumor redondeado, nodular, de superficie lobulada, tamaño variable (2-5 mm. de diámetro), de bordes netos y de coloración amarillo-rosada.

Histológicamente se observa una elevación de la epidermis, cuyo centro presenta un folículo piloso lleno de queratina del cual salen otros folículos pilosos, algunos bien formados y otros rudimentarios. Están rodeados de células basaloideas que rodean una estructura de pelo inmadura. (Diferenciación hacia folículo piloso)^{2,7,9}.

7) TRICHILEMOMA:

Es un tumor del folículo piloso, el cual se cree deriva de la capa externa del pelo (trichilema), la cual está en gran parte compuesta por células claras ricas en glicógeno.¹⁰

Algunos autores señalan en sus series una mayor frecuencia de esta neoplasia en el sexto decenio de la vida, en la raza blanca y en las regiones de la nariz, cara - - (párpado y cejas) y labio superior. Sin embargo no se encuentra predilección por alguno de los sexos¹⁰.

En la mayoría de los casos esta neoplasia aparece como una lesión solitaria, aunque en la enfermedad de Cowden (Síndrome de hamartoma múltiple) se presentan múltiples -- lesiones de este tipo asociadas con una variada gama de alteraciones dermatológicas y un aumento de enfermedades malignas (carcinoma de mama y de tiroides).

El aspecto clínico de esta lesión varía considerablemente, describiéndose como: pápulas, verrugas, nódulo, cuagno cutáneo o de apariencia filiforme. Ocasionalmente se describe de color rojo o amarillo con queratina sobre la superficie. Son de crecimiento lento, en promedio unos doce meses¹⁰.

Histológicamente muestra diferentes figuras, las que incluyen: acantosis lobular, células claras ricas en glucógeno, empalizada periférica de células cilíndricas, con una membrana basal prominente y en ocasiones la presencia de folículos pilosos centrales o periféricos.

Con mayor frecuencia puede confundirse con un carcinoma basocelular, aunque a diferencia de éste rara vez ataca el borde de los párpados y el canto interno. El diagnóstico diferencial debe incluir otros tumores cutáneos de células claras, tales como el hidradenoma de células claras (Degos), queratosis folicular invertida, tumores del infundíbulo folicular y carcinoma metastásico de células renales¹⁰.

8) EPITELIOMA CALCIFICANTE DE MALHERBE:

Tumor observado por primera vez por Malherbe (1880), -- quien en colaboración con Chenantais estudió 18 pacientes y -- observaron que la lesión se presentaba generalmente en jóvenes y la denominaron epiteloma calcificante de las glándulas sebáceas.¹¹

Para denominar este proceso patológico se han utilizado varios términos, entre los que podemos mencionar: quiste -- epidermoide momificado, tumor momificado de la piel, tricomatricoma y pilomatricoma¹¹.

Es un tumor raro, que se origina de las células del -- folículo piloso, más frecuentemente visto en jóvenes entre - 11-20 años en la región de la ceja, aunque también se puede observar en los brazos y el cuello^{11,12}.

Se presenta como una tumoración solitaria, situada prg fundamente, de lento a moderado crecimiento (semanas a meses) acelerado a menudo por crisis después de un traumatismo, generalmente indolora aunque puede serlo, con un tamaño promedio de 10 mm o menos (5-30mm), de consistencia que varía de -- friable o quística hasta pétreas, de color rosado a rojizo- - púrpura, con parches amarillentos sub-epiteliales, recubier- - tos por una piel sana con vasos telangiectásicos^{10,11}.

Al corte, la tumoración es de color gris-blanco o café, con estrias amarillentas^{2,7,11,12}.

Desde el punto de vista histológico se observan bandas y acúmulos de células epiteliales rodeadas por tejido conectivo, cordones de células basófilas basaloideas alternando con cordo- - nes de células pálidas (desaparición del núcleo-células fantag- - mas). Puede haber globos córneos en los cordones de células basaloideas. Hay tendencia a la queratinización, calcificación (85-90% de los enfermos), osificación y necrosis.^{2,7,11,12}

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el quiste epidérmico (mal llamado quiste sebáceo), quiste epidermoide, quiste dermoide, adenoma-carcinoma o hiperplasia sebácea, xantogranuloma juvenil y rabdomio sarcoma^{11,12}.

Después de su extirpación quirúrgica rara vez recurre¹¹.

9) ADENOMA SEBACEO:

Es un raro tumor de las glándulas de Meibomio, que crece en el tarso y que se encuentra junto o en continuidad con una de estas estructuras. Esta incluye una hiperplasia simple, adenomas y hamartomas.^{2,7}

La hiperplasia es un crecimiento exagerado, con multiplicación de las células de las glándulas sebáceas, la cual produce lesiones que recuerdan una neoplasia^{2,7}. Los adenomas libres y hamartomas muestran una pérdida del patrón glandular, es decir la organización de los acinos está presente pero el arreglo central de sus conductos está ausente^{2,7}.

Estos tumores comprimen los tejidos adyacentes, pero no los invaden².

Los adenomas de las glándulas de Zeis son poco comunes. Estructuralmente son parecidos a una glándula sebácea². Sus

len presentarse por delante de la unión mucocutánea².

10) ADENOMA DE LAS GLÁNDULAS SUDORÍPARAS:

Conocido también como siringoma, son tumores poco frecuentes generalmente ubicados en el párpado inferior como pequeñas placas u hoyuelos².

11) QUISTE SEBÁCEO:

Los quistes de las glándulas de Zeis o de Meibomio son raros^{2,7}. Los de las glándulas de Meibomio son un tanto más frecuentes y se presentan como quistes de retención secundarias a una variedad de lesiones obstructivas en los párpados, las cuales son tapizadas por epitelio escamoso y llenadas con material sebáceo y queratina^{2,7}. Ocurren en áreas cutáneas donde hay largos y numerosos folículos pilosos (las cejas) y se observan como pequeños o grandes elevaciones debajo de la piel sana, de color blanco intenso o amarillento, de consistencia que va de blanda a firme dependiendo de la naturaleza del contenido^{2,7}. La cápsula está formada por un tejido conectivo denso tapizado por varias capas de células glandulares vacuoladas donde no se observa queratinización. La cavidad está por lo general llena de grasa, aunque puede haber calcificación^{2,7}.

13) QUISTE DERMOIDE:

Es un coristoma (tejido normal en un sitio anormal) - frecuentemente localizado en la región supero-temporal de la órbita y en la cola de la ceja^{1,13}. Se presenta en niños, adultos jóvenes o aún desde el nacimiento^{1,13,14}.

Clinicamente se aprecia una tumoración redondeada, -- uniforme, generalmente translúcida, de consistencia resistente, indolora y que se desplaza en los planos superficial y profundo de los párpados. En la órbita no se desplaza en el plano profundo, porque generalmente está adherido al periostio^{1,13}.

Histológicamente, la cavidad del quiste está limitada por una pared en la que encontramos un epitelio plano estratificado queratinizado descansando sobre tejido conectivo.- Este epitelio presenta anexos cutáneos (tallos y folículos pilosos más glándulas sebáceas), situación ésta a la que se debe su denominación del quiste dermoide¹³.

El quiste dermoide es la consecuencia de una inclusión de epitelio en el momento de la unión de los brotes parciales. También se menciona que esta inclusión es accidental, pues a nivel de la cola de la ceja el crecimiento de la cara se hace por extensión sub-epitelial del mesodermo y no por -

fusión de epitelios¹³.

La conducta terapéutica a seguir debe ser expectante -- dada la benignidad de la lesión y lo difícil del abordaje quirúrgico. Sin embargo existen ocasiones en que la lesión puede producir ptosis palpebral, deformación estética y /6 ambliopía. Es en estos casos donde se intentaría la cirugía, haciendo la salvedad de que la lesión debe extirparse completamente, sin romper la pared del quiste, para evitar la formación de un granuloma a cuerpo extraño que provocaría más daño¹⁴.

14) QUISTE EPIDERMÓIDE:

Se trata de un coristoma con características clínicas e histológicas parecidas al quiste dermoide, a diferencia de -- que en ésta el epitelio no presenta anexos cutáneos^{13,14}.

15) HEMANGIOMA CAPILAR:

Es un hamartoma (proliferación circunscrita en proporción anormal de tejidos normalmente presentes en el órgano -- considerado, pero que han escapado a la organización de la región) conocido también como nevo en fresa, angioma sub-cutáneo, hemangioma angioblástico, hemangioma hipertrófico¹³.

Es un tumor que aparece en los primeros años de vida o --

desde el nacimiento, presente entre el 1-2% de los niños en E.U.A.^{13,14}. Se ha visto una mayor frecuencia en niñas respecto a los niños¹⁵.

Desde el punto de vista clínico se describe un tumor - generalmente localizado en el cuadrante superonasal, rojo, - elevado, de consistencia blanda, con un desarrollo impresionante durante el primer semestre de vida, pudiendo continuar hasta el decimoquinto mes, momento en el cual empieza a decrecer hasta desaparecer entre los 5-7 años^{13,15,16}. Se menciona que a los 3 años de edad un 30% de los pacientes han -- mostrado una involución total de la lesión, mientras que a los 7 años ocurre en un 70%¹⁵. En este proceso de involución la lesión cambia de color rojo a grisáceo^{13,15}.

Histológicamente son angiomas endotelio-capilares, llamados también angiomas capilares celulares, constituyendo la - categoría de hemangioendotelio-ma benigno. Se observan grandes espacios capilares delimitados por cordones de células en doteliales en proliferación, con estroma celular más fibro-- blastos. Esta imagen se va a modificar en el proceso de involution, apreciándose un aumento del tejido fibroso con disminución de los espacios capilares^{13,15,16}.

En la patogénesis de estas lesiones parecen estar impli

cadras las hormonas sexuales, pues como mencionamos anteriormente, se presenta más frecuentemente en niñas. Los hemangiomas que ocurren en los párpados y órbita están alimentados por una rama de la arteria carótida interna (frontal supraorbitaria o vasos palpebrales)¹⁵. Los hemangiomas del párpado inferior pueden estar alimentados por la arteria carótida externa, a través de alguna de sus ramas (angular, infraorbitaria u orbitocigomática)¹⁵.

El hemangiendotelicoma palpebral puede acompañarse en ocasiones de trombocitopenia, cortocircuitos arterio-venosos y malformaciones vasculares de la médula espinal. Cuando el tumor en el párpado produce ptosis causa diversos grados de ambliopía^{15,16}.

En cuanto al tratamiento, éste se indicará cuando no exista involución del hemangioma y por lo contrario aumente de tamaño, creando deformación estética, ptosis palpebral y ambliopía^{15,16}. Como alternativa, se sugieren: tratamiento quirúrgico, corticoterapia sub-dérmica, radioterapia superficial, crioterapia, inyección de soluciones esclerosantes, agentes alquilantes^{14,15}.

La remoción quirúrgica de estas lesiones, aún bajo una técnica bien ejecutada, puede dejar complicaciones como: -

ptosis palpebral y contracturas secundarias¹⁴.

Mendes¹⁵ reporta un caso de hemangiendoteloma benigno de la mitad de la cara tratado con esteroide de depósito sub-dérmico (triamcinolona), mostrando una respuesta dramática de remisión en un período de cuatro meses. A propósito de esta terapia, se cree que el mecanismo de acción de los esteroides es por vasoconstricción y ligación farmacológica de los vasos arteriales.

La radioterapia superficial a dosis de 100-200 Rads a intervalos de un mes en el período de cuatro a seis meses, -- puede ser útil en estadios iniciales cuando el tumor es más hipercelular y menos fibroso. En la actualidad este tratamiento ya no se utiliza por las serias complicaciones que puede dar, a saber: limitación local del crecimiento óseo, opacificación del cristalino, anormalidades de la piel, tiroides y gónadas; y muy raro pero factible la transformación de un hemangiendoteloma benigno en uno maligno¹⁵.

La crioterapia (Dióxido de carbono sólido) ha sido usado para tratar pequeños hemangiendotelomas. Una simple -- aplicación durante 15-20 segundos produce regresión de la lesión en 4-6 semanas, sin embargo puede ocurrir atrofia de la piel¹⁵.

Las inyecciones de soluciones esclerosantes (morrurato - de sodio) son usadas como tratamiento para lesiones pequeñas. La inyección produce dolor intenso y la cicatrización posterior es muy importante, llevando en la mayoría de los casos a lesión deformante.

Los agentes alquilantes como la mostaza nitrogenada intra-arterial producen regresión de la lesión con resultados satisfactorios ¹⁵.

16) HEMANGIOMA CAVITARIO:

Hemartoma vascular que se presenta por regla general en adultos (II-IV década de la vida). ^{13,16} Es de crecimiento lento y progresivo con tendencia a ser estacionario. Se puede encontrar localizado en los párpados, sitio donde debe diferenciarse de un neurofibroma, en la conjuntiva y en el espacio retrobulbar ^{13,16}. En este último lugar es donde con más frecuencia se le encuentra, produciendo exoftalmos ¹³.

Clinicamente se observa un tumor sub-cutáneo, de color rojizo, grande y de consistencia suave ^{1,2,13}.

Macroscópicamente se observa un tumor bien encapsulado, con zonas hemorrágicas y zonas con tendencia a la calcificación y fibrosis ^{2,7}.

El estudio microscópico muestra grandes espacios vasculares con gran cantidad de sangre, delimitados por células endoteliales, pudiendo haber linfocitos y células plasmáticas^{2,7}.

Se ha descrito su asociación con queratocono, siendo explicado por la presencia prolongada del hemangioma cavernoso sobre el globo ocular¹⁷.

En cuanto al tratamiento se describen los mismos ya señalados cuando revisamos al hemangioma capilar^{14,15}.

17) LINFANGIOMA:

Señ hematomas congénitos del sistema vascular linfático que se presentan en jóvenes o aún desde el nacimiento¹⁸. - Se localizan con mayor frecuencia en la lengua, boca, tejido celular sub-cutáneo, extremidades, cuello, mediastino, región inguinal, etc.¹⁸. Su localización en los anexos del globo -- ocular es rara. Además de los párpados, pueden verse afectadas la conjuntiva bulbar y la órbita, en forma aislada o asociada con linfangiomas en la mejilla, labios y paladar¹⁸.

El crecimiento de estas lesiones es más lento y sostenido que el de los hemangiomas, sin embargo no muestra tendencia a la esclerosis o regresión espontánea. Se ha observado que ante cuadros inflamatorios de las vías superiores, las lg

siones aumentan de tamaño y se exacerban¹⁸. Pueden compliarse con una hemorragia, con o sin historia de trauma, en cuyo caso el tumor aumenta repentinamente de tamaño, llenándose de sangre hasta semejar un hemangioma, o bien agregarse una infección crónica^{2,18}.

Los linfangiomas palpebrales, cuando son de la variedad capilar, se presentan como lesiones cutáneas superficiales, planas o con la superficie ligeramente nodular, de color rojizo y con pequeñas vesículas superficiales.

Los de tipo cavernoso son sub-cutáneos, frecuentemente nodulares, blandos y translúcidos y pueden reducirse por presión. Crecen lentamente, tanto en la superficie como en la profundidad, pudiendo invadir el párpado, conjuntiva, órbita y región frontoparietal, causando a veces gran deformidad^{1,18}.

Histopatológicamente se observa la presencia de canales o fisuras vasculares que en ocasiones se dilatan formando verdaderas lagunas, revestidas por células endoteliales que se apoyan en un delicado retículo que muestra marcada argirofilia, entre cuyas mallas hay linfocitos que pueden desarrollar centros germinativos¹⁸. La luz de los canales generalmente se encuentra ópticamente vacía, aunque a veces puede conte--

ner un material eosinófilo anhisto con algunos linfocitos - atrapados. Alrededor de estos canales hay vasos sanguíneos, de tal forma que al sangrar pueden pasar a los canales linfáticos y formar quistes chocolate¹⁸.

De acuerdo a las dimensiones de los conductos vasculares, se reconocen 2 variedades: la capilar o simple y la quística (higroma), aunque predominan las mixtas. Otra variedad es el "linfangioma cutis circunscriptum", que se caracteriza por presentar además hiperplasia epitelial, por lo que se le ha denominado también linfangioqueratoma.

Este tumor prácticamente no se maligniza y en los casos que ha existido, se atribuye a la radioterapia recibida¹⁸.

La histogénesis de los vasos linfáticos en esta zona podría atribuirse a la estrecha relación entre el sistema linfático y el desarrollo de los vasos sanguíneos o, como en el caso de los linfangiomas quísticos, por una atresia de los colectores principales, lo que condiciona a una falta de comunicación entre los sacos linfáticos y el sistema venoso -
18.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con las linfangiectasias y los hemangiomas, razón por la cual es conveniente hacer tinciones para retículo (tinción de Wilder)¹⁸.

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica, aunque Crawford¹⁴ reporta casos con ptosis palpebral y contracturas secundarias, aún realizando una cirugía limpia. La radioterapia también ha sido utilizada por autores que consideran a este tumor radiosensible, sin embargo existen publicaciones que señalan lo contrario¹⁸. En aquellos casos que han mejorado mediante este tratamiento, probablemente hallan sido porque presentaban un componente linfocitario importante y que una vez que éste disminuye la mejoría se detiene. Además, la radioterapia debe contraindicarse -- por la posibilidad de malignización¹⁸.

Tampoco responden a la cauterización ni a la crioterapia¹⁸.

18 NEUROFIBROMAS:

Neuromas de los nervios periféricos cuya localización palpebro-orbitaria está en relación con la neurofibromatosis de Von Recklinghausen, aunque se le puede encontrar de manera aislada^{2,13,19}.

Se describen 3 variables de neurofibromas: neurofibroma molusco, neurofibroma plexiforme y neurofibroma elefantiaco². El plexiforme es el que con más frecuencia afecta a los párpados y aparece como grandes masas que forman un cor--

dón racemoso o bolsa de gusano². Este aspecto está dado por una proliferación de las células de Schwann y el endoneuro, lo que provoca un nervio de consistencia dura, grueso y tortuoso².

En el neurofibroma elefantásico la proliferación de las células de Schwann por fuera de la vaina del perineuro produce un infiltrado de la piel dándole el aspecto y sensación de "piel de paguidermo"².

En el neurofibroma de tipo molusco existe una proliferación de la parte distal del nervio lo que se traduce en la clínica como pequeñas excrescencias planas o pediculadas en el cuerpo².

La neurofibromatosis de Von Recklinghausen constituye una facomatosis congénita, a veces hereditaria (autosómica dominante), a veces familiar, la cual puede presentarse desde el nacimiento, aunque por regla general lo hace entre los 2-5 años de edad¹⁹. Tiene la característica de comprometer diferentes sistemas, tales como los ojos, la piel y el sistema nervioso central, a manera de hamartomas¹³. Las lesiones -- crecen lenta y progresivamente durante la pubertad y la transformación maligna hacia neurofibrosarcoma ha sido reportada --
19.

Además de los hemartomas encontrados en los párpados, se han visto en el iris, trabéculo y en el polo posterior -- 1.13.

Mortada¹⁹ revisó 50 casos de neurofibromatosis de la órbita y los párpados, a partir de la infancia y por un período de 20 años y encuentra que:

- 1) La edad en la cual las lesiones son vistas por primera vez por el oftalmólogo son: en el primer año un 10%, de 2-4 años un 20%, de 5-12 años un 30%, de 13-17 años un 30% y arriba de los 17 años un 10%.
- 2) El primer signo clínico de estas lesiones fue el edema unilateral: a) proptosis con edema del párpado superior causando ptosis en un 30% y b) el dato anterior más edema de la región temporal y ciliar, en otros 30%.
- 3) La presencia de manchas café con leche en un 70% y de neurofibromatosis múltiple, en especial de la cara, en un 50%.
- 4) Transformación maligna en 6% de los casos.
- 5) Cambios óseos demostrados por radiografía, en el mismo lado de la lesión orbita-palpebral, en un 40%.

NEOPLASIAS MALIGNAS

1) CARCINOMA BASOCELULAR:

Fue descrito por primera vez en 1897 por Arthur Jacob, quien lo llamó: "úlcera de características peculiares". Fue Krompecher en 1903 quien estableció que el origen de este -- carcinoma se encuentra en las células basales de la epider-- mis. Actualmente se acepta que la célula que la origina es pluripotencial. Esta célula normalmente se diferencia a folículos pilosos, glándulas ecrinas y glándulas sebáceas.²⁰

Australia es el país con mayor frecuencia de cáncer de piel²¹. En México, de 1958 a 1968, el cáncer de piel ocupa ba el 3º lugar en frecuencia entre los demás tipos de cáncer, según estudios realizados en el Hospital General de México.^{21,22} En estos estudios los tumores malignos de la piel, en orden - de frecuencia, fueron: 1) Carcinoma basocelular, 2) carcinoma espinocelular, 3) Epiteliomas múltiples, 4) Melanomas.

En los párpados se considera la neoplasia ectodérmica - maligna más frecuente, como lo revelan los 63 casos en la serie de 299 tumores palpebrales de De Buen.⁴

Existe controversia en cuanto al sexo más frecuentemen- te afectado por esta neoplasia. Las series de autores como -

de Buen⁴ y García- González y col.²⁰, muestran un predominio del sexo femenino sobre el masculino y dan como razón -- de este hecho, a la mayor preocupación estética en la población femenina. Sin embargo las series de autores sajones -- muestran lo contrario, es decir un predominio del sexo masculino sobre el femenino.²⁰ Hornblase y Stefano²⁸ encuentran predominio del sexo femenino antes de los 40 años de -- edad.

El grupo de edad más frecuentemente afectado es el comprendido entre el quinto y séptimo decenio de la vida; no -- obstante puede encontrarse antes o después^{20,23}.

En lo ya escrito no se observa una correlación significativa entre ocupaciones al aire libre y carcinoma basocelular,²⁰ sin embargo autores como De Buen⁴ señalan que el hecho de que esta neoplasia se presente con más frecuencia en el párpado inferior y demás sitios de la región centro-facial, debe hacernos pensar en la relación que tiene con la exposición solar.

El tiempo de evolución de esta neoplasia es de 1 a 3 -- años, lo que habla de su poca agresividad. Puede encontrarse desde un mes hasta 25 años²³.

La región en la cual se suele observar con mayor fre--

cuencia esta neoplasia es la facial y dentro de ésta la denominada región centro-facial²⁰. Al respecto de esto, Peniche²¹, señala que la cara se afecta en un 90% y la región centro-facial en un 74%. De esta zona centro-facial, la nariz, mejillas, párpados y región nasogeniana son las más frecuentemente lesionadas^{20,21}. En relación con los párpados, el inferior es el comunmente afectado (60%) y si dividimos en tercios el mismo, se observa que el interno es el más afectado en frecuencia (18%), lo cual crea serios problemas terapéuticos, por la cercanía con la vía lagrimal²⁰.

La mitad de los carcinomas basocelulares extensos de los anillos del globo ocular afectan el tercio medio²⁴. Cuando afectan el tercio medio del párpado superior la mortalidad es más elevada y las lesiones del tercio medio y párpado inferior se asocian más frecuentemente con ceguera. El carcinoma basocelular se clasifica de la siguiente forma:^{20,24}

- 1) Quístico-nodular-ulcero-infiltrativo
- 2) Pigmentado
- 3) Superficial-Multicéntrico
- 4) Esclerodermiforme-tipo morfea.

La variedad nodular-quística es la que se presenta con más frecuencia en la clínica (70-80%) y se observa como un -

nódulo saliente, brillante, perlado y de bordes bien definidos^{2,20}. En el proceso evolutivo la neoplasia crece, deprimiéndose y ulcerándose en su centro, formándose una costra melicérica. Sus bordes se notarán levantados y perlados².

La forma pigmentada de esta neoplasia muestra sus bordes levantados, perlados, con una coloración negra, la cual no se extiende hacia afuera ni tampoco irregularmente, dando la apariencia de moteado²³.

La variedad esclerodermiforme se caracteriza por ser de color blanquecino o amarillo, de bordes imprecisos, consistencia esclerosa, ausencia de ulceración-costra, superficie tersa y brillante, con centro deprimido y vasos telangiectásicos sobre la lesión. Se le encuentra localizado en mayor frecuencia sobre la cabeza y el cuello²⁴.

La forma superficial - multicéntrica se presenta como una lesión a manera de parches de color rojo, aspecto escamoso, indolora y por lo general localizada sobre el tronco. Las lesiones individuales tienen la capacidad potencial de llegar a ser úlcero-infiltrantes o cicatriciales²⁴.

La variedad esclerodermiforme es la que se considera más agresiva, debido a la presencia de microfibrillos pare-

cidos a la actina en células que se encuentran en mayor cantidad en esta forma de tumor. Estos microfilamentos facilitan la invasión al estroma circundante por aumentar la movilidad de las células tumorales²⁰.

Desde el punto de vista clínico, el carcinoma basocelular tipo esclerodermiforme es más frecuente en mujeres mayores de los 40 años y recurre 10 veces más que el tipo nodular²⁰. En los párpados, las formas más agresivas son el tipo morfea, el ulcerado, el múltiple superficial y el multicéntrico por ser tumores infiltrantes²⁰. En general los carcinomas basocelulares de la región periorbitaria tienen un comportamiento más agresivo²⁰. En relación a la frecuencia con que este tumor invade a la órbita, Payne lo observa en un 3%, Perlman en un 9% y De Buen, en México en un 9%, lo cual puede explicarse porque los enfermos vistos en el Hospital General de México acuden tardíamente a consulta, con lesiones más avanzadas y de peor pronóstico.²⁰

La variedad pigmentada del carcinoma basocelular es una forma más común de lo que se cree. Así tenemos que se ha observado en un 45% entre los grupos étnicos mediterráneos, latinoamericanos y japoneses y, suele verse con más frecuencia en individuos de piel oscura²³.

Se ha observado una asociación entre el color del iris y la relativa frecuencia de pigmentación, sin embargo Hornblass y Stefano no la demuestran²³.

Desde el punto de vista histológico existen estudios que mencionan que el pigmento de esta variedad se origina fuera de las células tumorales, en los alrededores del tejido normal, siendo en esta zona recogido por el tumor²³.

Respecto a la edad, sexo, localización, duración y recurrencias no existen diferencias con el carcinoma basocelular no pigmentado²³.

Esta variedad suele confundirse con el Melanoma, y las razones por la cual no se establece adecuadamente el diagnóstico son:

- 1) La creencia por parte del clínico de que se trata de una variedad rara de neoplasia palpebral, y
- 2) La presencia de pigmento en la lesión hace pensar en melanoma, lo cual determina que se ignoren otros aspectos del tumor²³.

El carcinoma basocelular en términos generales suele confundirse con:

- 1) Papilomas: Sobre todo las formas nodulares, las cua-

les pueden ser tomadas como papilomas sésiles.

- 2) Melanomas: Por ser pigmentados.
- 3) Carcinoma epidermoide: Dado que en ocasiones los - carcinomas basocelulares se ulceran, sin embargo el carcinoma epidermoide tiene un crecimiento más rápido con un comportamiento más agresivo y destructivo. Además el borde de la lesión no está levantado. Es importante mencionar que el carcinoma basocelular - nunca se inicia en la conjuntiva tarsal, a diferencia del epidermoide, que si lo hace por metaplasia espínosa o queratinización.
- 4) Blefarítis
- 5) Chalación recidivante
- 6) Verruga
- 7) Queratosis folicular invertida
- 8) Nevos
- 9) Quistes sebáceos
- 10) Angiomas²³

A propósito de esto, en la serie de 299 tumorales palpebrales de De Buen⁴, el diagnóstico clínico correcto fue hecho en 63% de los casos, incorrecto en 15% y sin diagnóstico en un 19% de los casos.

Entre los tumores malignos que con menor frecuencia dan metástasis está el carcinoma basocelular²⁰. Estas sólo se -- originan cuando adquieren grandes dimensiones a través de una larga evolución. Generalmente son ganglios linfáticos loca-- les y, se piensa que la poca tendencia a dar metástasis es por su gran dependencia del estroma^{20,25}. Según una revisión he-- cha en el Hospital General de México, el porcentaje de carci-- nomas basocelulares que dan metástasis es del 0.1%²¹. Los tu-- mores se diseminan por vía linfática y hemática. Se han en-- contrado metástasis en ganglios linfáticos, hueso, pulmón e -- hígado^{20,25}. El pronóstico del carcinoma basocelular metastá-- sico es malo^{20,25}.

El intervalo entre la aparición del tumor y la detección de las metástasis es de 4 a 25 años, con promedio de 11 años²⁰. El total aproximado de carcinomas basocelulares metastá-- sicos es de 100 casos publicados hasta 1982^{20,25}.

Los tumores de mayor tamaño tienden a ulcerarse e inva-- dir profundamente tejidos circundantes²⁰. De Buen⁴ y García González y col.²⁰ no reportan metástasis en sus series.

Desde el punto de vista histológico, debajo de la piel, -- a veces no en contacto con la epidermis y a veces en conexión con folículos pilosos, se observan cordones de células peque-- ñas, núcleo redondeado e hipercrómico y escaso citoplasma -- 2,7.

Estos cordones se observan con bordes lobulados y festoneados. Las células de la parte periférica de cada cordón están más alargadas y dispuestas perpendicularmente formando empalizadas. El tejido conectivo del estroma, donde están las células tumorales, puede presentar fibrosis o ser laxo. Se observa también acúmulo de linfocitos y puede haber pigmento^{2,7}.

En cuanto al tratamiento, los carcinomas basocelulares pequeños se resuelven adecuadamente con resección quirúrgica completa^{20,26,27,28}. A menudo es difícil estimar clínicamente la extensión superficial del tumor, por lo que se recomienda control de bordes y lecho quirúrgico por estudio transoperatorio. En casos de tumores grandes, se recomienda una biopsia incisional²⁰. La Radioterapia debe considerarse cuando el tumor no es abordable quirúrgicamente, es decir cuando la neoplasia afecta la vía lagrimal o se trate de pacientes de edad con complicaciones sistémicas^{20,27,29}. Si tomamos en cuenta todos los métodos terapéuticos combinados, el porcentaje de pacientes curados va de 90 a 98% y las recidivas en promedio son del 13%²⁰.

Tanto la radiación actínica, como el daño mecánico y el químico, se han mencionado como relacionados con el carcinoma basocelular²⁰. El daño actínico sólo se ha visto relacionado

claramente con el carcinoma epidermoide y no con el carcinoma basocelular²⁰. Se ha observado que un tercio de carcinomas basocelulares se presenta en las áreas poco o no expuestas al sol²⁰. Se ha logrado la inducción experimental del carcinoma basocelular en ratas con carcinógenos químicos, pero no se ha logrado la reproducción experimental con luz ultravioleta, aunque sí se ha visto relación entre radiaciones ionizantes y esta variedad tumoral, sobre todo en área con mayor número de glándulas sebáceas (Región centrofacial)²⁰. Las células basaloideas, que componen el carcinoma basocelular nodular, son pluripotenciales, por presentar diferenciación serina o apocrina. Alrededor de los tumores del carcinoma basocelular se observa un infiltrado con linfocitos T y B, que se encuentran en proporción compatible con una reacción de hipersensibilidad tardía²⁰. En la zona perilesional se ha demostrado también hiperplasia de células de Langerhans y aumento de gránulos de Birbeck dentro de éstos. Se cree que los gránulos de Birbeck contienen antígenos que fueron liberados al espacio extracelular por las células tumorales²⁰. Estas evidencias apoyan el concepto de que en algunos casos de carcinoma basocelular existe captura local de antígenos y presentación de éstos a las células linfoides, tal como sucede en las reacciones de hipersensibilidad tardía²⁰. La falta de

reparación del DNA, defecto que se encuentra en el xeroderma pigmentoso, no parece jugar un papel importante en la génesis del carcinoma basocelular²⁰. En esta enfermedad se encuentra un aumento en la incidencia del carcinoma epidermoide y del melanoma, y rara vez del carcinoma basocelular²⁰.

Se ha encontrado que algunos antígenos de las capas más superficiales de la piel, llamados antígenos citoplásmicos - superficiales ("upper cytoplasmic antigens") suelen estar - en menor cantidad o ausentes en las zonas afectadas del carcinoma basocelular y del espinocelular²⁰. También se encuentran ausentes estos antígenos en las áreas vecinas a las lesiones de las neoplasias mencionadas. Esta disminución se encuentra en la piel de apariencia "normal" y traduce una formación maligna futura. El promedio de tiempo de reproducción²⁰ de una célula de carcinoma basocelular es de 9 días. Con este tiempo de reproducción sería de esperarse una duplicación de su tamaño, no se observa esto porque no todas las células del tumor proliferan, por permanecer en fases G₂, G₀ y S - por periodos variables^{20,25}. Otra razón del crecimiento lento es la muerte celular que se observa sobre todo en el centro del tumor. Hay evidencia de autólisis tumoral por el hecho de observar cuerpos apoptóticos, amiloide y acantolisis -
20,25.

2) CARCINOMA ESPINOCELULAR:

Es una neoplasia poco frecuente en los párpados². Se menciona que menos del 5% de todos los tumores epiteliales malignos en esta localización, corresponden a carcinoma epidermoide.⁷

Suele presentarse en pacientes entre 65-75 años de edad, es decir en pacientes de edad avanzada, generalmente de piel blanca y expuestos a los rayos del sol²⁰.

Clinicamente nos encontramos con una lesión ulcerada, de base granular, roja, cubierta por una costra, con gran tendencia a sangrar y de bordes no elevados ni perlados^{2,16}.

Existe una variedad de tumores benignos y lesiones no-neoplásicas que suelen confundirse con el carcinoma espinoceleular, dentro de las que podemos mencionar: el queratocantoma, la queratosis folicular invertida, la hiperplasia pseudo-epiteliomatosa, la queratosis senil, la queratosis por radiación y el carcinoma basocelular ulcerado^{2,6}.

Esta neoplasia puede dar metástasis a los ganglios linfáticos regionales. Si el tumor se encuentra en el párpado superior, los ganglios preauriculares son los afectados; mientras que si ataca al párpado inferior, lo serán los submaxilares.

res².

De Guen³⁰ encuentra dos casos de carcinoma epinoelular originados en el párpado y que secundariamente se extendieron a conjuntiva bulbar, córnea y a los tejidos intracelulares.

Stewart y col.⁶ describen un caso de carcinoma epinoelular posterior a trasplante renal, dando como causas -- probables 1) Supresión del sistema inmunológico por drogas y suero; 2) La posibilidad de un trasplante accidental de células tumorales y 3) el efecto carcinogénico que tienen los virus y agentes inmunosupresores.

Desde el punto de vista histológico se observan cordones de células con pleomorfismo celular, núcleos grandes y vesiculosos y nucleolo prominente. Las células tienden a la queratinización y en el centro de la queratina se aprecia la formación de globos córneos. Además hay pérdida de la polaridad celular y entre las células se ven puentes intercelulares (tonofibrillas o miofilamentos), si está bien diferenciado. Cuando el tumor crece rápidamente, la queratinización puede no presentarse, permaneciendo la célula en estado de indiferenciación^{2,7,8}.

El tratamiento más efectivo para esta neoplasia es

el quirúrgico, la radioterapia o la combinación de ambos²⁶,
27,30.

3) MELANOMA MALIGNO:

Es una neoplasia poco frecuente en nuestro medio y obedece fundamentalmente a razones raciales. Los melanomas palpebrales primarios representaron el 1% de la serie de 299 tumores palpebrales de De Buen⁴ y el 2.4% de los tumores -- epibulbares³.

En cuanto a la asociación nevo-melanoma, existe controversia en la frecuencia con que los nevos se malignizan. Algunos autores señalan que del 20-50% de los melanomas se originan de un nevo pre-existente. Lederman y col.³¹ encuentran que un cuarto (25%) de los melanomas se originan de un nevo pre-existente, un cuarto (25%) de novo y la mitad (50%) de una melancosis adquirida. También se ha observado que la mitad de los melanomas aparecen de novo y la otra mitad pueden originarse de un nevo pre-existente o de una melancosis adquirida³¹. Los melanomas originados de nevos pre-existente, por lo general son de la variedad de unión o de los compuestos y muy rara vez de los intradérmicos². González y col.³ reportan un caso de melanoma mixto originado de un nevo hendido ("Kissing neves" - localizado en el borde libre de ambos párpados). --

La alta incidencia de los nevus y la baja frecuencia de los melanomas permite inferir que la proporción de nevus es extraordinariamente baja³. Se reporta, que la incidencia de melanomas en la Unidad de Dermatología del Hospital General de México-SS representa el 6% de los cánceres cutáneos, - que a su vez corresponde al 2.4% de la consulta general³.

Esta neoplasia afecta con mayor frecuencia al grupo -- comprendido entre los 41 a 60 años de edad, en especial el - sexo masculino y la raza blanca^{6,32}.

El grado de pigmentación varía, habiéndolos desde muy pigmentados hasta sin pigmento.^{6,32}

Desde el punto de vista clínico, la neoplasia aparece como un nódulo pigmentado, alargado sobre la superficie de - los párpados o el borde libre de éstos. Crece rápidamente - hasta llegar a convertirse en una masa fungoide rodeada por pequeñas lesiones pigmentadas. La ulceración es común y la inflamación secundaria es observada en muchos casos^{2,6,7}. -- También se describe la infiltración en forma pagetoide al -- igual que el carcinoma de Glándula de Meibomio, obedeciendo - esta denominación a la similitud que muestra con la Enferme- - dad de Paget de la mama⁶.

Esta neoplasia da metástasis a muchos órganos de la eog

nomía y se señala como primer lugar a los ganglios linfáticos regionales u órganos como el hígado (342)^{6,32}. Puede dar metástasis a la pleura, pulmón, pericardio, páncreas, huesos, bazo, glándulas suprarrenales, tiroides, vesícula biliar, etc.,^{6,32}.

Sutula y col. 33 describen 1 caso de melanoma maligno desmoplástico del párpado superior, forma rara de esta neoplasia, donde se observan las células en forma de huso, con un estroma muy obscuro, hiperplasia de fibroblastos, con una desproporcionada formación de tejido conectivo fibroso, demarcado con tinción para retículo. El clínico, en relación con esta variedad, debe estar alerta cuando se le presenta una lesión nodular del párpado, sobre todo en la presencia de una melanosis adquirida.

Desde el punto de vista histológico está constituida por células grandes, con mucho pleomorfismo, núcleos grandes e hipercrómicos, nucleolo prominente, con infiltrado inflamatorio de tipo linfocitario rodeando las células. Las células presentan poca cohesividad, tendiendo a estar sueltas y con mayor capacidad infiltrativa^{2,7}

El pronóstico de esta neoplasia localizada en los párpados es peor, en relación con la que se presenta en la conjun-

tiva o tejidos intraoculares. En el párpado, cuando la afec-
ción es superficial, la sobrevida es de un 75%, mientras -
que cuando la lesión es más profunda la sobrevida es de un -
10-39%.⁷

El tratamiento de esta neoplasia, siempre y cuando no
se haya demostrado metástasis, es quirúrgico. Sin embargo
la realización de esta cirugía debe ser lo más cuidadosa po-
sible, por la posibilidad de diseminación tumoral.

Otras alternativas en la terapéutica de esta neoplasia
son: la radioterapia, la inmunoterapia, la quimioterapia,
aceleradores de protones^{3,26,27,31}. El uso de la radiotera-
pia como tratamiento primario de este tumor ha sido muy dis-
cutido, partiendo de la premisa de que es un tumor radiore-
sistente.

4) CARCINOMA DE LAS GLÁNDULAS DE MEYERHOFF:

Es una neoplasia epitelial maligna de los anexos cutá-
neos, cuya frecuencia sobre los párpados es baja (0.2-1.9% -
de todas las neoplasias palpebrales)^{35,36,38}. Dowman³⁶ ha
de notar que su frecuencia es de un 4.7% entre las neopla-
sias malignas epiteliales palpebrales. De Buen⁴ encuentra -
en su serie de 299 tumores palpebrales 12 casos.

Por lo general, se presenta en pacientes de edad avanzada, con un promedio de 58 años; sin embargo se han reportado casos de menos de 3 años de edad^{34,35}. Dos pacientes de 13 y 30 años de edad han desarrollado carcinoma de glándula de meibomio después de recibir radioterapia por retinoblastoma³⁵.

En lo que al sexo se refiere, la mayoría de las series reportan 1.5 a 2.75 veces más la preferencia por el sexo femenino sobre el masculino³⁵.

En relación con la localización, el párpado superior es afectado dos veces más respecto al párpado inferior^{34,35,37,38}. Ha sido reportada la afección simultánea de ambos párpados³⁵.

Esta neoplasia es de crecimiento lento, con un tiempo de evolución que va de 2.5 meses a 5 años³⁵.

Es un tumor que presenta una gran dificultad diagnóstica, porque su aspecto clínico puede confundirse con lesiones neoplásicas y no neoplásicas^{34,35,36,37}. Entre éstas, podemos mencionar:

- 1) Chalación o pseudochalación: considerada la lesión que con más frecuencia se presenta a confusión (36% de los casos).

- 2) Blefaro-Conjuntivitis crónica: (15%)
- 3) Carcinoma basocelular.
- 4) Carcinoma de células escamosas.
- 5) Lesiones granulomatosas: Tuberculosis, sarcoidosis, sífilis.
- 6) Carcinoma de glándula de Isis.
- 7) Tricoepitelioma.
- 8) Siringoma.
- 9) Adenoma sebáceo.
- 10) Papiloma.
- 11) Nevo no pigmentado.
- 12) Epitelioma calcificante de Malherbe.
- 13) Queratosis folicular invertida.
- 14) Quista de glándulas sudoríparas.
- 15) Quista de glándulas sebáceas.
- 16) Quista de inclusión congénito o traumático.

El problema en el establecimiento del diagnóstico correcto, no sólo se le presenta al clínico, sino también al patólogo, el cual lo puede confundir con tumores como el carcinoma espinocelular y el carcinoma basocelular. Se reporta que en un 50% de los casos se establece un diagnóstico histológico correcto³⁵.

Un aspecto muy importante en la clínica de esta neoplasia, es la típica historia de remociones por chalación y recurrencia repetidas, antes de que el tejido sea enviado al patólogo y sea establecido el diagnóstico (32%)^{35,37}.

La sintomatología es vaga, refiriendo la presencia de una masa, por lo general ubicada en el párpado superior, la cual al explorarla muestra una forma nodular, de consistencia que va de firme a poliposa abollonada, de color amarillo, cegca del borde libre de los párpados, afectando el tarso y las estructuras profundas de éste, sin ulcerar la piel suprayacente y frecuentemente rodeado de pequeños nódulos o folículos -
35. Se describe una forma pagetoide de este tumor sobre los párpados (53% para Doxanas³⁶), donde clínicamente se observan hiperemia y engrosamiento de la superficie de los párpados, simulando una Blefarococonjuntivitis crónica. El nombre de pagetoide se origina de los cambios sufridos por la superficie epitelial, conjuntiva y córnea, muy similares a los presentados en la Enfermedad de Paget de la mama³⁶.

El intervalo de tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico, ha sido reportado entre 1-3 años³⁵.

La incidencia de metástasis a los ganglios linfáticos regionales es de 17-20%^{35,37,38}. Los ganglios linfáticos re-

gionales más frecuentemente afectados son el preauricular y -
el parotídeo, pero también puede estarlo el supraclavicular

35. Otros sitios de metástasis son los senos etmoidales, la
bios, cerebro, pulmón, pericardio, pleura, huesos e hígado -

35. La extensión orbitaria ha sido reportada entre 6-17% --
37,38.

El carcinoma de glándulas sebáceas de los párpados se
origina con más frecuencia de las glándulas de Meibomio que -
de las glándulas de Zeis o de ambas, lo cual determina que -
en muchas ocasiones no sea fácil demostrar el sitio de ori-
gen³⁵. Por ello, Straatsma ha definido 2 criterios para el
diagnóstico del carcinoma de glándula de Meibomio, los cua-
les son: 1) El tumor puede originarse en el punto de demar-
cación tarsal de los párpados y muestra una continuidad direc-
ta cercana con la glándula de Meibomio. 2) Desde el punto -
de vista histológico, las células del tumor reproducen las -
características de las células de la glándula de Meibomio nor-
mal, sobre todo en neoplasias bien diferenciadas³⁵.

Desde el punto de vista histológico, el patrón normal -
de maduración de las glándulas sebáceas es reemplazado por cé-
lulas anaplásicas, con varios grados de diferenciación, con -
pleomorfismo, núcleo redondo o poliédrico y nucleolo promi-
nente. El citoplasma es vacuado, con apariencia espumosa. -

Las vacuolas representan áreas de lípidos, demostrados al -- ser teñidos con el rojo oleoso. Además se observa numerosas mitosis^{34,35,36,37,38}. Se han reportado también afecciones multicéntricas de esta neoplasia^{36,38}.

Existen patrones morfológicos de tipo lobular, comedoacinar y papilar³⁶.

La infiltración pagetoide de los párpados muestra cambios compatibles con un carcinoma intraepitelial, donde el epitelio superficial presenta células redondeadas, alargadas, sin puentes intercelulares^{36,38}. Estas células contienen un núcleo grande y un citoplasma pálido y tñen con el rojo oleoso, lo que habla de la presencia de lípidos³⁶. Este punto es importante, ya que en la enfermedad de Paget de la mama la tñción con el rojo oleoso es negativa, por ausencia de lípidos; mientras que la respuesta ante el PAS es positiva, por presencia de mucopolisacáridos³⁶.

La mortalidad de este tumor se estima entre 6 a 30% -- 35,36,36. Sin embargo, en un estudio de 40 casos de Carcinoma de Glándula de Mielobio por Donnan y Green, señalan -- que antes de 1970 en un 24% de sus casos había fallecido, pero después de 1970 ninguno de sus 15 casos ha muerto, lo que habla de un mejor conocimiento del aspecto clínico, histoló-

lógico y terapéutico de esta neoplasia³⁶. La mortalidad en los casos donde se ha demostrado la infiltración pagetoide de los párpados es mayor que cuando no la hay³⁶. Se reporta que esto es de un 50% cuando existe la infiltración pagetoide, mientras que es de un 11% cuando no la hay³⁶.

El tratamiento de elección de esta neoplasia es el quirúrgico^{26,34,35,36,37,38}. Cuando se trate de una neoplasia pequeña y localizada, se debe realizar una biopsia excisional, con control por congelación de los bordes quirúrgicos³⁶. Si se trata de una neoplasia difusa, la exenteración orbitaria es recomendada, como también cuando la tumoración tenga datos de extensión orbitaria^{35,36}. La forma pagetoide de este tumor debe ser determinada clínicamente y verificada por estudio citopatológico y biopsias incisionales múltiples de la conjuntiva y borde libre de los párpados. Si la infiltración es localizada, puede extirparse con el carcinoma y controlar los bordes quirúrgicos por congelación³⁶. Si es difusa, se puede elegir entre extirpar la neoplasia con control quirúrgico por congelación o dejar intacto los párpados y conjuntiva y vigilar estrechamente al paciente³⁶.

En casos de metástasis a los ganglios linfáticos regionales (preauricular o cervical anterior), una vez confirmado este hecho por biopsia, debe realizarse una disección radi-

cal de cuello^{35,36}.

El papel de la radioterapia como método terapéutico de esta neoplasia, es muy discutible, ya que en la mayoría de las series se reportan malos resultados^{34,36}.

5) RADOMIOSARCOMA:

Es una neoplasia maligna, originada del mesénquima primitivo, en el que ciertos elementos se diferencian hacia las células musculares estriales con aparición de miofilamentos - 13. Es uno de los más frecuentes tumores orbitarios en el niño (7.8%), detrás del quiste dermoide (29%) y el hemangioma (27%). En el grupo de neoplasias del niño, es colocado en el tercer lugar, detrás de la leucemia y el neuroblastoma -- 39.

Se presenta con más frecuencia antes de los 13 años de edad, con un promedio de 4.7 años. Un 75% de estos tumores aparecen antes de los 5 años de edad^{13,39,40}.

El sexo más frecuentemente afectado es el femenino y la localización orbitaria es el lugar de origen en donde con mayor frecuencia se le puede encontrar (71%)^{13,39}. En orden de frecuencia, se le encuentra en los párpados (21%) y a nivel conjuntival (8%)³⁹. Cuando se presenta en los párpados frecuentemente no es sospechado, confundándose con un chala--

ción³⁹. También podemos observar un rabdomiosarcoma con localización orbitaria y de los anexos, sin que sea sospechado en el acto quirúrgico porque se encuentra pseudo-encapsulado³⁹. Se reportan casos de rabdomiosarcoma anaxial, los cuales infiltran o afectan rápidamente la órbita, extendiéndose hacia la cavidad craneana y senos paranasales³⁹. Sin embargo Schuster y col. reportan un caso de Rabdomiosarcoma palpebral con evolución lenta y progresiva³⁹.

En los párpados se observa como una masa firme, dura, de color azulado, no adherida a planos superficiales y con -- tendencia a encapsularse. Este sitio puede ser afectado primariamente o por extensión de uno orbitario^{7,39}.

El Rabdomiosarcoma es considerado como uno de los más -- temibles tumores en el niño, prueba de esto es su rápida invasión a los vasos sanguíneos, metastizando en primer lugar -- al pulmón, luego a huesos, o por extensión directa a la cavidad craneana^{13,39}. La sobrevida, desde el momento en que se hace el diagnóstico hasta la muerte, es en promedio de 1 año y 5 meses³⁹.

Desde el punto de vista histológico, el rabdomiosarcoma se clasifica, de acuerdo a las características celulares, de la siguiente manera:

- 1) Rabdiosarcoma plerómico; 2) Rabdiosarcoma embrionario; 3) Rabdiosarcoma alveolar.

El rabdiosarcoma plerómico es el menos frecuente -- (10%), generalmente observado fuera de la órbita (huesos lagos) y en personas de más de 50 años de edad. La sobrevida a los 3 años de esta variedad es de un 50% y se caracteriza -- por presentar células con abundante citoplasma, procesos citoplásmicos con marcada eosinofilia y con estriaciones.

El rabdiosarcoma embrionario es el más común (79%), -- con una sobrevida de 29%. Sus células se caracterizan por -- presentar un tejido más o menos mixoide atravesado por bandas celulares más densas donde se encuentran varios tipos celulares, algunos de ellos evocadores:

a) Células estrelladas; b) grandes células acintadas a veces con núcleos en tandem, c) células globulosas, redondeadas, acidófilas, rojas con el tricómico de Masson; d) algunas están socavadas por vacuolas conteniendo glucógeno y se -- les denomina células en "tela de araña". El núcleo de las -- células es ovoide, hipercromático, con nucleolo prominente, -- citoplasma escaso, con la presencia de unas microfibrillas y -- sus características estriaciones, puestas de manifiesto con -

la hematoxilina fosfotungstica de Mallory. Estas estriaciones le dan a la célula un aspecto de raqueta o renacuajo, no son indispensables para hacer el diagnóstico, pero de presentarse aumenta la seguridad diagnóstica en un 50% o más³⁹. - La variedad alveolar se presenta en un 15% de los casos y la sobrevida es muy baja. Se caracteriza por presentar células bisarras (acintadas, cuadrangulares) implantadas en septos fibrosos en racimos de dátiles.

Estos septos fibrosos delimitan espacios en los que se encuentran células libres. Pueden observarse células gigantes multinucleadas³⁹.

-Schuster y colaboradores³⁹, basados en la dificultad que representa determinar el grado de diferencia de un Rbdo--micsarcoma y la imprecisión para diferenciar un rbdmicosarcoma de otros sarcomas o carcinomas indiferenciados, creen conveniente utilizar la microscopía electrónica como elemento --coadyuvante en el diagnóstico de miofibrillas dentro del citoplasma del rbdmicioblasto³⁹. De esta forma, clasifican las células como sigue:

- 1) Miofibrillas del rbdmicioblasto: Si las fibras de --actina y miosina están bien alineadas, formando un --patrón de estriación cruzada o en banda.

2) Miofilamentos: Si se observa un patrón de alineación primitiva, sin formarse bandas.

3) Inespecífico: Cuando los filamentos de actina y miosina están desorientados³⁹.

El pronóstico para cualquier variedad de Rhabdomiocarcinoma es grave. La sobrevida varía de 20-47% después de 5 años.^{13,39} Sin embargo un caso puede considerarse curado cuando no exista evidencia de metástasis o recurrencia local tres años después de tratado³⁹. El sitio de la presentación no influye el pronóstico cuando comparamos las series estudiadas³⁹.

Se reporta que en más de 90% de los casos con lesiones palpebrales, la sobrevida es de 2 años o más³⁹.

En vista de lo agresivo de esta neoplasia, el tratamiento debe iniciarse lo más pronto posible y considerarse como una urgencia. Una vez demostrada la neoplasia por estudio histológico, luego de realizada una biopsia, debe iniciarse la radioterapia en dosis de 5000 Rad: 200 por semana durante 5-6 meses, obteniendo resultados buenos.⁴⁰

A la radioterapia se le asocia la quimioterapia (vinorelbina más actinomomicina)⁴⁰.

Será muy importante establecer lo más pronto posible un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado, con lo cual el

pronóstico y la sobrevida de esta neoplasia han de mejorar⁴⁰.

6) LEUCEMIA CUTIS MIELOIDE:

Neoplasia de localización palpebral rara, tanto en formas agudas como en crónicas en las diferentes edades⁴¹.

Se le da el nombre de leucemia cutis, ya que cualquiera de sus formas, sea linfoblástica, mieloblástica o monocítica, puede presentar compromiso cutáneo en algún momento de su evolución⁴¹.

Se le da el nombre de leucemia cutis ya que en cualquiera de sus formas, sea linfoblástica, mieloblástica o monocítica, puede presentar compromiso cutáneo en algún momento de su evolución⁴¹.

Generalmente es secundaria a metástasis; sin embargo se han reportado casos con origen primariamente cutáneo, sin evidencias de compromiso sistémico en las primeras etapas de la enfermedad⁴¹.

Se caracteriza fundamentalmente por masas tumorales indoloras, de consistencia firme no adherente, coloración angulosa, más frecuente en tronco y extremidades, aún cuando pueda estar generalizado⁴¹.

Valenzuela y Mirkin⁴¹ destacan que una vez establecido el diagnóstico de esta neoplasia palpebral, en ausencia de alteraciones hematológicas, es conveniente proceder lo más pronto posible a la extirpación biopsia, para iniciar oportunamente el tratamiento.

8) TUMORES METASTÁSICOS:

Se denomina de esta forma a aquellas neoplasias con origen primario en algún sitio de la economía y que de manera secundaria afectan a los párpados⁴².

Representan un grupo de baja incidencia dentro de las neoplasias palpebrales, tal como lo confirman las series de: 1) Auvert y col.⁴² = 47 casos descritos desde 1922-1978; -- 2) Wainer y col.⁴³; 0.1% = 3/2023. Estos últimos autores señalan una incidencia del 0.6% dentro del grupo de tumores malignos de los párpados.

Los más frecuentes tumores metastásicos son:

El cáncer de mama (59%), el melanoma maligno (15.3%), -- el cáncer gástrico (13%) y el cáncer de pulmón (6.3%)⁴³. -- También se han descrito, pero en menor frecuencia, primarias de la parótida, tiroides, esófago y riñón^{42,43}.

En vista de que el cáncer de mama es el más frecuente - de este grupo de neoplasias palpebrales, determina la mayor - preferencia por el sexo femenino⁴³.

Desde el punto de vista clínico se describen 3 formas - o tipos:⁴³

- 1) Tipo o forma infiltrante: Es la más grave y se caracteriza por edema indoloro e indurado, sin signos inflamatorio ni modificación del revestimiento - cutáneo. Se presenta en un 30% de los casos
- 2) Tipo o forma nodular: Se manifiesta como un nódulo sub-cutáneo indoloro, sin signos inflamatorios, lo - que en ocasiones lo hace confundir con un chalación recidivante. A veces puede estar cubierto por vasos telangiectásicos, semejando a un tumor momificado de Malherbe. Presente en un 60% de los casos.
- 3) Tipo III o forma ulcerada: Presente en un 2% de los casos.

Desde el punto de vista histológico, existen caracteres que se corresponden con las formas clínicas previamente descri - tas, que a continuación mencionamos⁴³:

- 1) La diseminación por vía linfática se corresponde con la forma infiltrante-Tipo I, presente en el cáncer de mama y el cáncer gástrico.
- 2) La extensión por vía sanguínea permite el viaje de trombos neoplásicos y se corresponde con las formas nodulares o tipo II, presentes en el cáncer de mama, cáncer broncopulmonar y en el cáncer gástrico.
- 3) La ruptura de la epidermis por la neoplasia se corresponde con la forma ulcerada tipo III, presente en el melanoma maligno, cáncer broncopulmonar y cáncer gástrico.

Como regla general, la localización palpebral forma parte de una metástasis generalizada y el pronóstico es malo⁴³.

DISCUSION

Considerando que el presente estudio ha sido preferentemente clínico, deseamos señalar que en el análisis de las neoplasias palpebrales, se parte de la impresión clínica, la cual no siempre fue ratificada mediante el diagnóstico anatómopatológico en los casos en que este pudo realizarse.

En nuestra serie se estableció el diagnóstico clínico de 17 neoplasias diferentes, 13 de naturaleza benigna y 4 malignas, principalmente las de estirpe epitelial.

Hubo un mayor número de tumores benignos (53) y la neoplasia más frecuentemente diagnosticada fue el nevo (15), lo cual confirma lo descrito por algunos autores^{3,4}.

La mayor frecuencia de estas neoplasias en el sexo femenino quizá pueda explicarse porque la mujer se preocupa más por el aspecto estético, y por lo mismo acude al Hospital para su tratamiento.

El carcinoma basocelular fue la neoplasia maligna más observable (8) y el grupo etario más afectado por la misma fue el comprendido entre el quinto y séptimo decenio de la vida, aspectos que van de acuerdo con lo publicado en la literatura.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

La localización más frecuente del carcinoma basocelular fue el párpado inferior (7) y en todos había antecedentes de exposición al sol.

En cuatro de los ocho casos de carcinoma basocelular, no fue posible la realización del estudio anatomopatológico porque los pacientes no regresaron a la consulta, como consecuencia de la situación irregular que vivía el Hospital -- tras los sísmos de Septiembre de 1985 y por el temor que -- despertaba en ellos el acto quirúrgico.

De los 64 tumores observados, 32 fueron extirpados -- quirúrgicamente por interés estético de los pacientes o por sospecha clínica de malignidad. Los restantes 32, no fueron operados porque en su gran mayoría se trataban de lesiones benignas de pequeño tamaño, que no provocaban alteraciones secundarias anatómicas (ejemplo: ptosis palpebral) -- ni funcionales (ejemplo: baja de la visión). Además los pacientes, una vez enterados de la naturaleza benigna de la lesión, de ser asintomáticas y de no producir deformaciones estéticas importantes, preferían no ser intervenidos -- quirúrgicamente.

El estudio anatomopatológico de estos 32 casos, confirmó en 17 de ellos un diagnóstico clínico correcto (12 de naturaleza benigna y 5 maligna); mientras que en los restan

tes 15 se demostró un diagnóstico clínico incorrecto (13 - de naturaleza benigna y 2 maligna). Esto permite inferir, por lo menos en este grupo estudiado histopatológicamente, un menor conocimiento del aspecto clínico y comportamiento biológico de las neoplasias palpebrales, en especial de las benignas, y por el contrario un mejor conocimiento de estos aspectos en las neoplasias malignas, principalmente en el carcinoma basocelular. Además, es importante señalar que algunos de los errores en el establecimiento de un diagnóstico clínico correcto fueron debidos en parte a evaluaciones clínicas deficientes, realizadas por médicos con poca experiencia y que por no considerarlo necesario no sometieron los casos a discusión en las sesiones clínicas.

CONCLUSIONES

- 1.- En este estudio se diagnóstico un mayor número de neoplasias benignas que malignas.
- 2.- Hubo un mayor número de neoplasias palpebrales en el sexo femenino que en el masculino, lo cual no debe considerarse como una incidencia real, debido a que la mujer acudió más a consulta, probablemente por una mayor preocupación estética.
- 3.- El carcinoma basocelular fue la neoplasia maligna más frecuente, principalmente entre los 50-70 años de edad y en el párpado inferior; lo cual coincide con lo descrito en la literatura^{4,20,23}.
- 4.- El estudio histopatológico demostró un diagnóstico -- clínico incorrecto en la mitad de los casos, lo que nos permite inferir la existencia de un menor conocimiento del aspecto clínico y comportamiento biológico de las neoplasias palpebrales benignas. En cambio, en las malignas, se confirmó en casi todas ellas un -- diagnóstico clínico, lo cual probablemente se deba a que el tumor maligno más frecuente es el carcinoma -- basocelular, que presenta características clínicas -- muy peculiares.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Duke-Elder, S.: System of ophthalmology. Vol. XIII, -- Part I. Diseases of the eyelids. London, Henry-Kimpton, 1974, p.p. 391-538.
- 2.- Hogan, M.I. y Zimmerman, L.E.: Ophthalmic Pathology: An Atlas and Textbook. 2 nd. ed. Philadelphia- London, -- WB Saunders Co. 1962, p.p. 194-220.
- 3.- González Almaraz, G.: De Buen, S. y Pineda, M.: Melanoma originado en nevo hendido palpebral. Correlación - clinico-patológica. An. Soc. Mex. Oftalmol. 55: 139- - 149, 1979.
- 4.- De Buen, S.: Tumores palpebrales. Datos estadísticos de 299 casos. An. Soc. Mex. Oftalmol. 52: 139-147, 1978.
- 5.- Mann, I.: The development of the human eye. Ed. Grune - and stratton, inc. New York, U.S.A. 1969. 3a. Ed. Cap. 7. The Orbit and its contents p.p. 256-269, 1969.
- 6.- Spencer, W.H.: Ophthalmology basic and clinical science course. Section 7. External disease and cornea. San Fran- cisco, American Academy of Ophthalmology, 1982, p.p. 106- 116.

- 7.- Yanoff, M.Y. y Fine, B.S.: Ocular pathology. 2nd. ed. Philadelphia, Harper & Row, 1982, pp. 237-263.
- 8.- Stewart, W.; Nicholson, D.; Hamilton, G.; Tenzel, R. y Spencer, W.: Eyelids tumors and renal transplantation. - Arch. Ophthalmol. 98: 1771-1772, 1980.
- 9.- Carrera, B.; López Marín, U.; Mellado, V. y Outiérrez, M.: Trichofolliculoma of the eyelid. Br. J. Ophthalmol. 65: 214-215, 1981.
- 10.- Hidayat, A. y Font, R.: Trichilemmoma of eyelid and eyebrow. Arch. Ophthalmol. 98:844-847, 1980.
- 11.- Durán, S. y De Buen, S.: Epiteloma calcificante de Malherbe. Revisión de la literatura y presentación de un caso. Trib. Méd. 13 (4): 8-11, 1971.
- 12.- Cruz, R. y Nicholson, D.: Malherbe's calcifying epiteloma (Pilomatrixoma of the eyelid. Clinical features. Arch. Ophthalmol. 97: 314-315, 1979.
- 13.- Dhermy, P.: Tumores congénitos orbito-palpebrales. - Arch. Chil. Oftalmol. 33: 37-43, 1978.
- 14.- Crawford, J.: Benign tumors of the eyelid and adjacent structures: Should they be removed J. Pediatr. Ophthalmol. and Strab. 16 (4): 246-250, 1979.

- 15.- Mendes, R. y Medina, O.: Hemangioendotelioma benigno. Presentación de un caso clínico. An. Soc. Mex. Oftalmol. 57:59-64, 1983.
- 16.- Cortés, M. y De Buen, S.: Hemangioma del párpado superior y órbita. An. Soc. Mex. Oftalmol. 60 (1): 43-44, 1986.
- 17.- Hornblass, A. y Sabates, W.: Eyelid and Orbital cavernous hemangioma associated with keratoconus. Am. J. -- Ophthalmol. 89: 396-400, 1980.
- 18.- De Buen, S. y González Almaraz, G.: Linfangiomas de los anexos del globo ocular. An. Soc. Mex. Oftalmol. - 47: 203-216, 1973.
- 19.- Mortada, A.: Neurofibromatosis of lid and orbit in early childhood. J. Pediatr. Ophthalmol. and Strab. 14 (3): 148-150, 1977.
- 20.- García González, E.; Enkerlin Pauwells, H. y González Almaraz, G.: Carcinoma Basocelular. Evaluación clínico-patológica de 150 casos. An. Soc. Mex. Oftalmol. 60(1): 20-28, 1986.
- 21.- Peniche, J. y Oberto, R.: Algunos aspectos epidemiológicos del cáncer cutáneo en México. Memorias del V Congreso Mexicano de Dermatología. p.p. 401-408, 1970.

- 22.- Sheehy, J.; Bahmer, F. y Andrade, R.: Estudio estadístico de la sección de Dermatología del Hospital General de México, SSA, de 1975 a 1978. Rev. Méd. Hosp. --
Gral. 42: 263-267, 1979.
- 23.- Hornblass, A. y Stefano, J.: Pigmented basal cell carcinoma of the eyelids. Am. J. Ophthalmol. 92: 193-197, 1981.
- 24.- Wiggs, E.: Morphea-form basal cell carcinomas of the canthi. Tr. Am. Acad. Ophthalmol. and otol. 79: 649-653, 1975.
- 25.- Follack, S.V.; Goslen, J.B. y Sherertz, E.F.: The --
biology of basal cell carcinoma. A review. J. Am. Acad. Dermatol 7: 569-577, 1982.
- 26.- Mehta, H.: Surgical management of carcinoma of eyelids and periorbital skin. Br. J. Ophthalmol. 63: 578-585, -
1979.
- 27.- Beard, C.: Management of Malignancy of the eyelids. -
Am. J. Ophthalmol. 92: 1-6, 1981.
- 28.- Sacarian, S.: Cancer of the eyelid. A cryosurgical -
Approach. Am. Ophthalmol. 4: 473-480, 1972.

- 29.- Resnick, K.L.: Basal cell epithelioma. *Ophthalmology* 68: 1182-1185, 1981.
- 30.- De Buen, S.: Carcinoma epibulbar con invasión intraocular. Estudio clínico-patológico. *Gac. Méd. Méx.* 118 (8): 342-348, 1982.
- 31.- Lederman, M.; Wybar, K. y Busby, E.: Malignant epibulbar melanoma. Natural history and treatment by radiotherapy. *Br. J. Ophthalmol.* 68: 605-617, 1984.
- 32.- Wilson, L.: *External disease of the eye.* New York, San Francisco and London, Harper & Row, 1979, pp. 17-21.
- 33.- Sutula, F.; Dortschach, R. y Craig, J.: Desmoplastic Malignant melanoma of the upper eyelid. *Am. Ophthalmol.* 14: 141-143, 1982.
- 34.- Portney, G.: Meibomian cell adenocarcinoma. *Am. Ophthalmol.* 5: 193-196, 1973.
- 35.- Wagoner, M.; Beyer, Ch.; Gonder, J. y Albert, D.: Common presentations of sebaceous gland carcinoma of the eyelid. *Am. Ophthalmol.* 14: 159-163, 1982.
- 36.- Downes, M. y Green, R.: Sebaceous gland carcinoma, Review of 40 cases. *Arch. Ophthalmol.* 102: 245-249, 1984.

- 37.- Taylor, R. y Lehman, J.: Sebaceous adenocarcinoma of the Meibomian gland. Presentation of a case and review of -- the literature. Arch. Ophthalmol. 82: 66-68, 1969.
- 38.- Shields, J. y Font, R.: Meibomian gland carcinoma presenting as a lacrimal gland tumor. Arch. Ophthalmol. 92: -- 304-306, 1974.
- 39.- Schuster, S.; Ferguson, E. y Marshall, R.: Alveolar Rhabdomyosarcoma of the eyelid. Diagnosis by electron microscopy. Arch. Ophthalmol. 87: 646-651, 1972.
- 40.- Reimer, J. y O' Malley, E.: Management of advanced Rhabdomyosarcoma of the eyelid. J. Pediatr. Ophthalmol. and -- Strab. 15:303-305, 1978.
- 41.- Valenzuela, E. y Mirkin, D.: Leucemia cutis miceloides con manifestación palpebral de comienzo. Arch. Chil. Oftalmol. 28:439-441, 1971.
- 42.- Auvart, B.; Hays, C.; Laurent, M. y Dufier, J.L.: Les tumeurs méastiques des paupières. J. Fr. Ophthalmol. 1 - (4): 317-320, 1978.
- 43.- Weiner, J.; Henderson, P. y Roche, J.: Metastatic eyelid carcinoma. Am. J. Ophthalmol. 101: 292-294, 1986.