

11234
29/6

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina

División de estudios de Postgrado

Hospital General de México

S.S.

Incidencia de las tumoraciones Palpebrales

en el Servicio de Oftalmología

del Hospital General de México S.S.

Vo Bo

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título en la

especialidad de

OFTALMOLOGIA

presenta

DRA. LORENA CID OCHOA

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO



DIRECCION DE ENCARGO E
INVESTIGACION CIENTIFICA

1989.

RECIBO CON
FECHA 29/6

Méx, D.F.



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 esta 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.

INDICE

Introducción	1
Objetivos	4
Material y métodos	4
Resultados	5
Discusión	12
Conclusiones	14
Bibliografía	15

I N T R O D U C C I O N

Algunas de las tumoraciones palpebrales, incluyendo las neoplasias y procesos de otra naturaleza, tienen rasgos característicos que permiten diferenciarlas clínicamente. Sin embargo, es necesario recalcar que ésto no siempre sucede. Esta dificultad diagnóstica se presentó en el 50% de los 617 casos estudiados por Welch y Duke (1958) donde el diagnóstico definitivo se hizo histopatológicamente (1). Avances en el conocimiento de la patología de la piel junto con un seguimiento a largo plazo y revaloración histopatológica de las lesiones tratadas han mostrado que algunas de ellas, antes consideradas como malignas son en realidad benignas. Las condiciones que más frecuentemente aumentan el riesgo de confusión con carcinoma de los párpados incluyen: queratosis senil, queratosis folicular invertida, queratoacantoma, epiteloma calcificado de Malherbe y un gran número de lesiones pseudoepiteliomasas causadas por procesos inflamatorios (2).

El conocimiento de la relativa inocuidad de la mayoría de estas entidades ha conducido a un tratamiento más conservador. Con frecuencia una simple excisión, sin necesidad de una extensa cirugía o radioterapia es suficiente (3).

La apreciación correcta de los tumores de los párpados requiere de una historia clínica completa, haciendo énfasis en el tiempo de evolución, historia familiar de procesos similares, la exploración clínica cuidadosa de la lesión y la presencia o no de ganglios palpables así como la búsqueda de otras lesiones similares o asociadas, viscerales o cutáneas. La recurrencia de una lesión previamente tratada puede incrementar la sospecha de malignidad, particularmente en el caso del chalación, el cual, no infrecuentemente imita al carcinoma de la glándula de Meibomio; finalmente la presencia de enfermedades sistémicas como leucemia, linfosarcoma u otras reticulosis o carcinomas o neurofibromatosis en cualquier sitio, pueden explicar el origen de un tumor palpebral que de otra manera sería oscuro. La exploración de la lesión debe incluir: localización, tamaño, forma, color, consistencia y el grado de elevación sobre la superficie o su fijación a estructuras adyacentes, la presencia o ausencia de signos de inflamación, vascularización o pigmentación. Finalmente el diagnóstico debe realizarse histopatológicamente y en todos los casos donde halla duda o sospecha de malignidad, debe realizarse biopsia y considerar al diagnóstico histopatológico como un paso preliminar esencial (2).

La incidencia de las neoplasias palpebrales en las distintas instituciones es variable, dependiendo del investigador, del área geográfica estudiada y del estado socioeconómico de la población, entre otras cosas (4).

Henkind y Friedman (5) reportan un franco predominio de las neoplasias benignas sobre las malignas, al igual que otros autores (1,6-14).

En cuanto a la incidencia de las neoplasias benignas encontramos que O'Brien y Brayley (14) en 1936, reportan como la neoplasia benigna más frecuente al papiloma (34%) lo que también coincide con Welch y Duke (1) y Allington (8) donde además el papiloma comparte el primer lugar con la queratosis benigna.

De Buen (6) en los 299 casos estudiados de 1957 a 1976, refiere al nevo (19%) en primer lugar, al igual que Saúl (15), seguido por el papiloma (18%); en otro estudio publicado por De Buen y Ruiz (10) en 1987, encontraron que había un franco predominio de los nevos sobre los papilomas.

De las neoplasias malignas, el carcinoma basocelular es la variedad más frecuente del cáncer cutáneo, constituyendo aproximadamente un 75% de las tumoraciones malignas observadas en el Servicio de Dermatología del Hospital General de México de la Secretaría de Salud, coincidiendo con lo publicado en la literatura (2,4,6,7,9,10,15-28).

Kwito, Boniuk y Zimmerman (16) hablan de una relación entre el carcinoma basocelular y el epidermoide de 38:1, al igual que Ferri (37), aunque hay otros que hablan de una relación mucho menor, de 10:1 (1,2,5,24,29,35).

Las neoplasias palpebrales malignas son frecuentes, Morax en 1926, reportó que éstas comprometen al 0.8% de todos los pacientes oftalmológicos, lo que constituye de un 3 a un 5% de todas las neoplasias malignas del cuerpo en general (2). Laborde en 1933 señalaba su vez, que éstas representan un 12% de todos los cánceres cutáneos. Papolczy reporta un 40% y Dolfius un 30% (2) de todos los cánceres faciales y Rank un 2.46%.

El sexo afectado varía según los distintos autores, especialmente en el carcinoma basocelular, así De Buen (6,10) y Saúl (15) encuentran un franco predominio del sexo femenino al igual que otros autores (19,20,37,38). Otros no encuentran diferencias importantes (17,18,39-44,47,48) y hay quienes hallan un predominio por el sexo masculino (23,31,45,46).

En lo que se refiere a la edad, Hornblass y Perlman (39,40) y Hollander y Krugh (45) encontraron una incidencia franca por encima del 60. decenio. Muchos otros autores encuentran cifras semejantes (10,15,17-20,30,31,37,38,44,47). Aunque Payne y cols. (41) y otros autores (6,10,41) encontraron una mayor incidencia a partir de la 5a. década de la vida.

Mil casos tomados de la literatura muestran la siguiente distribución por edades: antes de los 40 años, un 5.5%; de los 41 a los 50 años, un 15%; de los 51 a los 60, un 25%; de los 61 a los 70, un 30%; de los 71 a los 80 un 20% y después de los 80 años, un 4.5% (2).

En el estudio de Perlman y Hornblass (39,40) el carcinoma basocelular tuvo predilección por los pacientes de raza blanca (99%) lo que coincide con lo encontrado por Payne y cols. (45) quienes reportaron que de 270 pacientes, el 100% eran blancos, otros autores también coinciden con ellos (2,24); Nauman (49) describe en su estudio que

dos de 381 pacientes con carcinoma basocelular eran negros.

La duración de la lesión antes del tratamiento es importante, en la mayoría de los casos ha estado presente durante un tiempo considerable, de 12 meses en 1 caso del carcinoma epidermoide y hasta de 5 años o más en el basocelular (2). Hay otros autores como Payne (41) quienes reportan hasta en un 10% de los casos una duración mayor a los 10 años; y otros incluso de 15 a 17 años, como Cobbet (46) El crecimiento lento y la falta de síntomas con frecuencia hace que no se trate sino hasta encontrarse en un estadio muy avanzado. - García y cols. (17) en un estudio realizado con 150 pacientes encontraron que el 47% tenía un tiempo de evolución de uno a tres años. Otros autores señalan resultados parecidos (10,18,19).

En general cuando el paciente llega a consulta, las tumoraciones palpebrales presentan un tamaño que varía de 5 a 10 mm de diámetro (2,18).

En la literatura hay enfermos donde las neoplasias benignas y malignas no mostraron una diferencia significativa en cuanto a su localización en el párpado superior o inferior (6,10). Sin embargo, la mayoría de los carcinomas basocelulares de localización palpebral, se inician en la piel cercana al borde del párpado inferior. Como una regla general los carcinomas del párpado, frecuentemente se presentan en forma aislada aunque excepcionalmente los podemos encontrar asociados: así, Wollensak y Meythaler publicaron el caso de un paciente de 20 años de edad quien presentó carcinoma basocelular múltiple en ambos párpados inferiores (50); también en 12 casos reportados por Aurora y Blodi (23) el carcinoma basocelular además de estar presente en la cara, lo encontraron en otras partes del cuerpo.

El carcinoma basocelular presenta una mayor incidencia en los párpados inferiores (2,5,6,9,18,19,23,24,30,41,45,51,52). El segundo lugar más afectado por este tumor es el canto interno (2,6,10,41). - aunque hay otros (39,40) que señalan que el párpado superior es el segundo sitio más afectado.

En un 30% de los casos las neoplasias palpebrales se asocian con traumatismos o irritaciones como blefaritis crónica, eczema, presión de los lentes de aro sobre la piel, o expresión de comedones (2). El carcinoma de la piel de los párpados y de las estructuras adyacentes es más frecuente en las personas de piel blanca (54).

Se sabe que el carcinoma basocelular tiene una capacidad prácticamente nula para producir metástasis (7,15,56). El total de carcinomas publicados hasta 1982, que causaron metástasis era de cien (56). Serrano y cols. (55) en 870 casos de carcinoma basocelular refieren un 0.2% de metástasis siendo la mayoría de ellas en los ganglios regionales.

O B J E T I V O S

- 1.- Determinar la frecuencia de presentación de las neoplasias palpebrales en el Servicio de Oftalmología del Hospital General de México de la - Secretaría de Salud.
- 2.- Determinar el diagnóstico clínico y anatomopatológico de las neoplasias palpebrales.
- 3.- Señalar el tipo de neoplasia (benigno o maligno)
- 4.- Señalar la localización de las neoplasias palpebrales.
- 5.- Determinar la frecuencia de presentación de las neoplasias palpebrales según el sexo y la edad.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

A) Universo :Se incluyeron a todos los pacientes que acudieron al Servicio de Oftalmología del Hospital General de México de la Secretaría de Salud y que cumplieron con los criterios de inclusión dentro del lapso comprendido del 1°. de Marzo de 1988 al 31 - de Agosto de 1989.

B) Muestra : Se seleccionaron 136 pacientes que llenaron los criterios de inclusión.

C) Criterios de inclusión : Se incluyó a todo paciente que - acudió al Servicio de Oftalmología del HGM SS en el periodo comprendido del 1° de MARZO de 1988 al 31 de Agosto de 1989, de cualquier edad o sexo que presente una tumoración palpebral.

D) Criterios de exclusión : A todo paciente que presentó una tumoración de localización extrapalpebral y a los que hayan sido diagnosticados y tratados en otra institución. Finalmente, también serán incluidos en este inciso a los pacientes que sean vistos en fecha previa o posterior al inicio y terminación del trabajo.

E) Criterios de eliminación : Pacientes que no acepten participar en el protocolo (rechazo de biopsia en casos meritorios).

F) Información a recolectar, Unidades de medida e instrumentos de recolección y medición :

Se usó una lámpara de hendidura Haag Streit mod. 900, cámara fotográfica marca Olympus OM 10, con lente macro, material de - disección, corte y sutura, microscopio estereoscópico, microtomo y material de consumo del quirófano y de la Unidad de Patología Ocular del HGM SS.

Se realizaron historias clínicas oftalmológicas completas a todos los pacientes que asistieron al Servicio de Oftalmología del HGM SS en el periodo comprendido del 1°. de Marzo de 1988 al 31 de Agosto de 1989.

RESULTADOS

Es conveniente señalar que en el presente trabajo se empleó - el término de tumoración en el sentido clínico de aumento de volú - men, por lo tanto, este término abarca procesos neoplásicos y no - neoplásicos. Como interesa resaltar la incidencia de las neoplasias se consideró necesario separarlas.

Se estudiaron 136 tumoraciones palpebrales (Cuadro 1) de las cuales 44 correspondieron a neoplasias verdaderas (Cuadro 2) cuyos diagnósticos clínicos no siempre fueron confirmados por estudio his - topatológico.

De todas las tumoraciones palpebrales de esta serie los chala - ciones representaron el 61%, siendo más frecuentes en el sexo feme - nino (69%) y en la segunda década de la vida, sin una diferencia por la localización en el párpado superior o inferior, o tercio interno medio o externo y con un discreto predominio por el ojo izquierdo - (63%), se realizó estudio histopatológico en el 59% de los casos - confirmandose en todos ellos un diagnóstico clínico correcto - (Cuadro 3).

Las neoplasias palpebrales benignas fueron las más frecuentes (84%) (Tabla 1) con un predominio del sexo femenino (81%) sobre - el masculino (19%) siendo más frecuentes en la 2a. década de la - vida y sin una diferencia significativa en cuanto a la localización por el ojo derecho o izquierdo o en los tercios interno, medio, o - externo y con predominio por el párpado inferior.

En 18 pacientes (49%) se realizó estudio histopatológico con - firmándose el diagnóstico clínico en 10 casos (56%).

Se hizo el diagnóstico clínico de verruga en nueve casos del sexo femenino, con predominio por el párpado inferior y sin diferen - cia significativa por la localización en el ojo derecho o izquierdo o por el tercio interno, medio o externo, así como tampoco por la edad. Cuatro casos fueron objeto de estudio histopatológico confir - mándose en tres de ellos el diagnóstico. El caso restante histológi - camente se estableció el diagnóstico de queratosis seborreica - (Cuadro 4).

Los papilomas se observaron en 11 casos de los cuales la mayo - ría correspondieron al sexo femenino, con predominio por el 2o. de - cenio, por el párpado inferior y el ojo izquierdo. Se efectuó estu - dio histopatológico en 8 casos, cuatro de los cuales tuvieron un - diagnóstico clínico acertado y en los cuatro restantes los diagnós - ticos correspondieron a: nevo, queratosis seborreica, fibroma y - molusco contagioso (Cuadro 5).

El nevo afectó a ocho pacientes del sexo femenino y a ninguno del masculino, observándose un leve predominio por el párpado infe - rior y el tercio externo y sin diferencia por el ojo derecho o iz - quierdo confirmandose el diagnóstico clínico correcto en un solo - caso que fué el único que ameritó su extirpación quirúrgica por lo cual se pudo realizar el estudio histopatológico (Cuadro 6).

Se diagnosticó linfoma en dos pacientes del sexo masculino - en la 7a. década de la vida y localizados en el párpado superior. - En los dos casos se practicó estudio anatomopatológico confirmándose el diagnóstico clínico.

Las neoplasias malignas, todas ellas carcinomas basocelulares fueron observadas en siete casos, seis de los cuales (85%) correspondieron al sexo femenino y todas localizadas en el párpado inferior el diagnóstico anatomopatológico ratificó el diagnóstico clínico en seis de los siete casos y el 7o. caso correspondió a una queratosis seborrética (Cuadro 7).

Las distintas variedades neoplásicas restantes, debido a su pequeño número no se describen con detalle, pero quedan anotadas en el cuadro 1.

Es importante recalcar que en este trabajo prospectivo fué necesario basarse en los diagnósticos clínicos, concientes de que el estudio histopatológico podría modificarlos. Aunque en el texto y los cuadros correspondientes es fácil encontrar cuales fueron los diagnósticos definitivos consideramos oportuno elaborar un cuadro con los diagnósticos anatomopatológicos cuando pudieron llevarse a cabo por haberse extirpado la lesión (Cuadro 8).

De las 44 neoplasias verdaderas estudiadas (37 benignas y 7 malignas) se realizó estudio histopatológico en 25 casos (18 benignos y 7 malignos). De las 18 neoplasias benignas cuatro casos correspondieron a tumoraciones (quiste epidérmico, quiste dermoide, pseudotumor inflamatorio y molusco) y que por la tanto no se incluyeron en el cuadro y los restantes 14 casos fueron papilomas, verrugas, queratosis seborrética, nevos, linfomas y fibromas. De las siete neoplasias malignas, seis fueron carcinomas basocelulares y la restante una queratosis seborrética (Cuadro 8).

Cuadro 1. Tumores palpebrales.

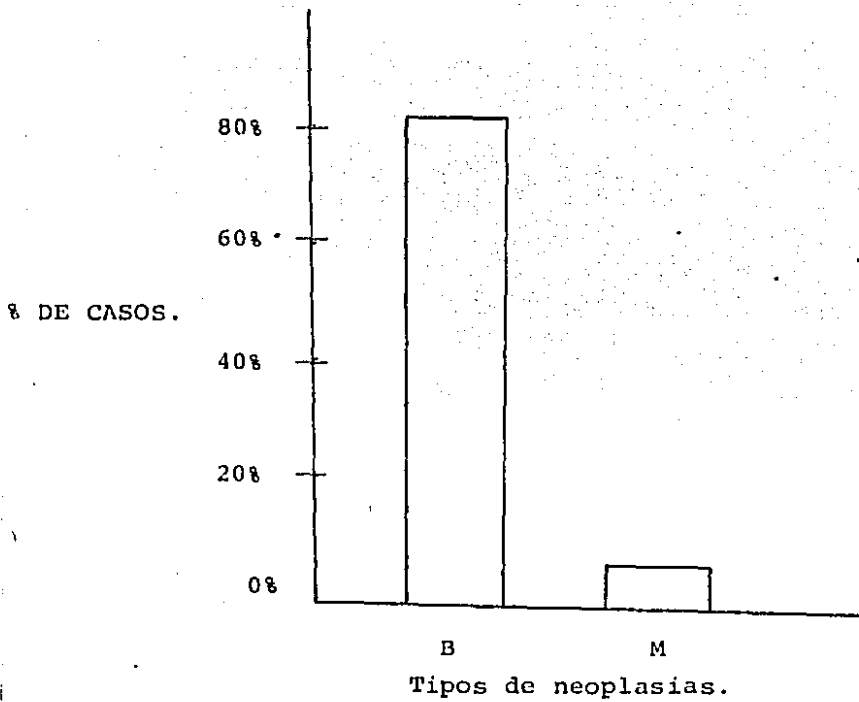
Diagnósticos clínicos.	No. de casos.
Chalaciones	83
Verrugas	11
Papilomas	11
Nevos	8
Carcinomas basocelulares	7
Quiste de glándula sebácea	3
Quiste dermoide	2
Linfomas	2
Lipomas	2
Molusco contagioso	1
Hidroscistadenoma	1
Queratosis seborreica	1
Quiste de gl. sudorípara	1
Granuloma piógeno	1
Quiste epidérmico	1
Neurofibroma	1
Total :	<hr/> 136

Cuadro 2. Neoplasias palpebrales
verdaderas.

Diagnósticos clínicos.	No. de casos.
Verrugas	11
Papilomas	11
Nevos	8
Carcinomas basocelulares	7
Linfomas	2
Lipomas	2
Hidrocistadenoma	1
Queratosis seborreica	1
Neurofibroma	1
Total :	<hr/> 44

TABLA I .

NEOPLASIAS PALPEBRALES



B = Benignos (37 casos= 84%)

M = Malignos (7 casos= 16%)

Cuadro 3. Chalaciones

No.	Sexo		Ojo			Párpado			Diagn. Clínico.	
	F	M	OD	OI	?	PS	PI	?	Correcto	Incorrecto
83	57	26	31	52	-	49	34	-	83	-

Cuadro 4. Verrugas.

No.	Sexo		Ojo			Párpado			Diagn. Clínico.	
	F	M	OD	OI	?	PS	PI	?	Correcto	Incorrecto
11	9	2	5	6	-	2	9	-	10	1

Cuadro 5. Papilomas.

No.	Sexo		Ojo			Párpado			Diagn. Clínico	
	F	M	OD	OI	?	PS	PI	?	Correcto	Incorrecto
11	10	1	4	7	-	3	8	-	7	4

Cuadro 6. Nevos

No.	Sexo		Ojo			Párpado			Diagn. Clínico	
	F	M	OD	OI	?	PS	PI	?	Correcto	Incorrecto
8	8	-	4	4	-	3	5	-	8	1

Cuadro 7. Carcinoma basocelular.

No.	Sexo		Ojo			Párpado			Diagn. Clínico	
	F	M	OD	OI	?	PS	PI	?	Correcto	Incorrecto
7	6	1	2	5	-	-	7	-	6	1

Cuadro 8. Neoplasias palpebrales.

Diagnósticos anatomopatológicos.	No. de casos.
Basocelulares	6
Papilomas	4
Queratosis seborreica	3
Verrugas	3
Nevos	2
Linfomas	2
Fibroma	1

D I S C U S I O N

Considerando que el estudio de nuestra serie sobre tumoraciones palpebrales es preferentemente clínico, debemos señalar que el análisis de las neoplasias palpebrales no refleja con exactitud su verdadera frecuencia, puesto que muchas neoplasias benignas no siempre son tratadas quirúrgicamente.

El presente estudio, forma parte del seguimiento y análisis de las tumoraciones palpebrales iniciado en 1985 por el Dr. Félix Ruiz (10) y continuado por la Dra. Leticia Vázquez (58) y finalmente seguido por nosotros.

Nuestra serie se encontró representada por diez tipos diferentes de neoplasias, nueve de naturaleza benigna y uno maligno.

Al igual que en los reportes de la literatura y en los dos trabajos publicados con anterioridad a éste (10,14,58) hubo un mayor número de neoplasias benignas.

De las 44 neoplasias verdaderas observadas, 25 fueron extirpadas quirúrgicamente por motivos estéticos o por sospecha clínica de malignidad. Las restantes 19 no fueron intervenidas porque en su gran mayoría se trataba de lesiones benignas de pequeño tamaño que no ocasionaban alteraciones anatómicas ni funcionales.

Mediante el estudio anatomopatológico de estos 25 casos, se confirmó un diagnóstico clínico correcto en el 64% de los casos. Diez eran de naturaleza benigna y seis malignos mientras que en los nueve restantes el diagnóstico clínico fue incorrecto (nueve de naturaleza benigna, uno de ellos confundido con un carcinoma basocelular que correspondió histopatológicamente a una queratosis seborreica).

Con la idea de aclarar el comportamiento de las neoplasias verdaderas consideramos pertinente separar los procesos de naturaleza inflamatoria (chalación) y algunos otros ya señalados con anterioridad (quiste de glándula sebácea, quiste dermoide, molusco contagioso, quiste de glándula sudorípara, granuloma piógeno, quiste epidérmico).

El chalación en no raras ocasiones puede ser confundido con una neoplasia verdadera o encontrarse asociado a ella. Esta entidad corresponde a una inflamación crónica granulomatosa de la glándula de Meibomio. El carcinoma de las glándulas sebáceas se confunde con frecuencia con el chalación y el chalación recurrente o que presenta una consistencia atípica debe ser examinado histopatológicamente como regla general para excluir esta posibilidad (8). Aunque hubo unos chalaciones de forma atípica y otros recidivantes ninguno de ellos fue confundido clínicamente con un carcinoma de glándula de Meibomio.

En nuestro estudio las verrugas constituyeron las neoplasias palpebrales benignas más frecuentes a diferencia de los dos trabajos anteriores (10,58) realizados en el mismo hospital y por tanto en pacientes cuyas características socioeconómicas y culturales eran similares , donde la neoplasia más frecuente fue el nevo. La mayor incidencia de estas neoplasias se presentó en el sexo femenino, lo cual se explica quizá porque la mujer se preocupa más por el aspecto estético y por lo tanto acude con más frecuencia al hospital y solicita el tratamiento quirúrgico.

El carcinoma basocelular fue la neoplasia maligna más observada y el grupo etario más afectado fue el comprendido después de la 5a. década de la vida, aspectos que van de acuerdo con lo publicado en la literatura (6,17,38) y con los dos trabajos publicados con anterioridad a éste (10,58). La localización más frecuente fue en el párpado inferior.

CONCLUSIONES

- 1.- Las neoplasias palpebrales benignas fueron las más frecuentes.
- 2.- Hubo un franco predominio por el sexo femenino.
- 3.- Fueron más frecuentes en el segundo decenio de la vida.
- 4.- En las neoplasias benignas y malignas no se encontró diferencia significativa en cuanto a la localización en el ojo derecho o izquierdo o por el tercio interno medio o externo.
- 5.- El diagnóstico clínico fue correcto en el 56% de las neoplasias benignas y en el 86% de los carcinomas basocelulares.

" BIBLIOGRAFIA "

- (1) Welch RB & Duke IR : Lesions of the lids. A statistical note. Am J Ophthalmol 45: 415-416, 1958.
- (2) Duke Elder S : System of Ophthalmology. Vol. XIII. Part I. Diseases of the lids. London, Henry-Himpton. 1974.P-391-538.
- (3) Boniuk M. : Tumors of the sweat glands origin. Int Opth Clin 2: 239, 1962.
- (4) Hornblass A: Clinival evaluation of tumors of the eyelid and -ocular adnexa. Williams & Wilkins (ed) Oculoplastic, Orbital - and recosntructive surgery. 1988 , pp 193-204.
- (5) Henkind P,Friedman A : Cancer of the lids and ocular adnexa. In Andrade R. Gumport SL. Popkin GL Rees TD (ed). Philadelphia WB Saunders, 1976.
- (6) De Buen S: Tumores palpebrales. Datos estadísticos de 299 casos An Soc MexOftalmol 1978; 52: 139-147.
- (7) Mac Rae DW : Tumors and related lesions of the eyelids and -conjunctiva. Peyman GA, Sander DR (ed) Principles and practice of ophthalmology. Philadelphia, 1980. Vol III pp 2218-2243.
- (8) Allington H. and J : Eyelids tumors. Arch Derm 97: 50-65,1968
- (9) American Academy of Ophthalmology. Orbit, eyelids and lacrimal system. San Fco, Calif, 1988 . pp 186-195.
- (10) Ruiz-D FE & De Buen S : Tumores palpebrales. Estudio de 64 -casos. Rev MexOftalmol , 1987 61 (5): 245-247
- (11) De Alba Padilla FJ : Patología de los párpados. Oftalmología -fundamental.Méndez Cervantes. México, 1983, p 64.
- (12) Zimmerman LE & Hogan MI : Ophthalmic Pathology. AN Atlas and textbook. 2nd. ed. Philadelphia. Saunders, 1962
- (13) Yanoff M & Fine BS : Skin and lacrimal drainage system . Hasrper & Row. Ocular Pathology and text atlas, Philadelphia 1982. pp 237-263.
- (14) O' Brien CS & Braley AE : Common tumors. J Amer Med Ass 107; 933, 1936.
- (15) Saul A. & Peniche J : Lecciones de dermatología. Tumores de la piel, MéndezCervantes. México, 1983. pp 540-590.
- (16) Kwito ML, Boniuk M & Zimmerman LE: Eyelids tumors with reference to lesions confused with squamous cell carcinoma.I. Incidence and errors in diagnosis. Arch Ophthalmol 69 : 693-697, 1963.
- (17) García-G E, Enkerlin-P HL, González-A G : Carcinoma basocelular. Evaluación clínicopatológica de 150 casos. An Soc Mex Oftalmol 1986; 60 (1): 20-28.
- (18) Salazar- Escamilla MA, González-Almaráz G, Pineda-Cárdenas MA : Carcinoma basocelular de localización palpebral. An Soc Mex Oftalmol 1986; 60(4) : 135-144.
- (19) De Buen-López S : Carcinoma basocelular de los párpados. Estudio clínico patológico de 104 casos. Rev Med Hosp. Gral de Méx,SS 1986 : 49 (4): 181-184.
- (20) Peniche J , Oberto R : Algunos aspectos epidemiológicos del cáncer cutáneo en México. Memorias del V Congreso Mexicano de Dermatología. Méx. D.F. 1970; 401- 408.
- (21) Magaña-Lozano M, Magaña-García M, Introducciõna la Dermatología. 1a. ed. 1984, pp 283-284.
- (22) Brooks-Crwford J : Inflammatory and psuedoinflamatory tumors of the eyelids. Duane TD. Clinical Ophthalmology. Philadelphia 1985 (4): 3 : 1-9.
- (23) Aurora A. & Blodi F : Lesions of the eyelids: A Clinicopathological study, Survey Ophthalmol 15: 94, 1970.

- (24) Apple DJ & Naumann GOH : Ocular adnexae : Eyelids and Lacrimal apparatus. Springer (ed) Pathology of the eye. Philadelphia 1983; pp 849-864.
- (25) Boniuk M : Tumors of the eyelids. International Ophthalmology Clinics. Little Brown & Co. 1962; (2): 247-249
- (26) Sheehy J, Bahmer F, and Andrade R : Estudio estadístico de la secvción de dermatología del Hospital General de México, SSA del 1975 al 1978. Rev Med Hosp. Gral 1979; 42: 263-267.
- (27) Belisario JC : Cancer of the skin' London: Butterworths. 1959 3:10-22.
- (28) Belisario JC : Precancerous lesions of the skin. Acta Um Int Cancer 1964; 20: 681-683.
- (29) Shulman J : Treatment of malignant tumors of the eyelids by plastic surgery. Brit J Plast Surg 1962; 15:37.
- (30) Del Regato A : Roentgen therapy of carcinoma of the skin of eyelids. Radiology 52, 1949 : 564-573.
- (31) Aurora AL & Blodi FC: Reappraisal of basal cell carcinoma of the eyelids. Am J Ophthalmol 1970; 70: 329-336.
- (32) Regaud C, Coutard H, Monod O & Richard G : Radiotherapie des cancers de la region orbitopalpebrale. Resultant et techniques de L' Institute de Radium de 1919-1923. Ann Oculist (Paris) 1926, 163: 1-30.
- (33) Driver JR & Cole HN : Epithelioma of the eyelids and canthi series of 324 cases. Am J Roentgenol 1939: 41: 617.
- (34) Halnan KE, Britten MJA : Late functional and cosmetic results of treatment of eyelids tumors. Br J Ophthalmol 1968; 52: 43-53.
- (35) Gooding CA, White G, Yatsushashi M : significance of marginal extension in excised basal cell carcinoma. N Eng J Med 1965 272:923.
- (36) Morax V : Cancer de l'Appareil Visuel. Paris, Gaston Doin & Cie 1926, p 101.
- (37) Orduña J : Epitelioma basocelular en el Centro Dermatológico Ladislao de la Pascua, de la Cd. de México de 1955 a 1968. Memorias del V Congreso Mexicano de Dermatología. Méx. D.F. 1970: 401-408,
- (38) Hornblass A & Stefano J : Pigmented basal cell carcinoma of the eyelids. Am J Ophthalmol 1981; 92:193-197.
- (39) Perlman GS, Hornblass A : Basal cell carcinoma of the eyelids. Surg Forum 1975; 26: 540-542.
- (40) Perlman GS, Hornblass A : Basal cell carcinoma of the eyelids A review of patients treated by surgical excision. Ophthalmol Surg 1976; 7(4): 23-27.
- (41) Payne JW, Duke JR, Butner R, Eifring : Basal cell carcinoma of the eyelids. A long term follow up study. Arch Ophthalmol 81:553, 1969
- (42) Jakobiec FA, Rootman J , Jones IS : Secondary and metastatic tumors of the orbit. Duane TD. Clinical Ophthalmolgy. Philadelphia 1985. (2) 46: 27-29.
- (43) Biro L & Price E : Dermatologic management of eyelids tumors. In : Tumors of the ocular adnexae and orbit. Hornblass A. (ed) St. Louis, CV. Mosby CO., 1979 ,p 68.
- (44) Brewitt H & Hansen MK, Huerkamp B : Das Basaliom der Augenlider Klinik und Therapie Klin Mbl Augenheilk, 1975 166: 503-514.
- (45) Hollander L, Krugh FJ : Cancer of the eyelids. Am J Ophthalmol 1944; 29: 244-253.
- (46) Cobb Gm, Thompson GA, Allt W : Treatment of basal cell carcinoma of the eyelids by radiotherapy. Can Med Assoc J 1964; 91:743-748.
- (47) Resnik KL : Basal cell epithelioma. Ophthalmology 1981; 88 : 1182-1185.
- (48) Epstein JH: Photocarcinogenesis skin cancer and ageing L. Am Acad Dermatol 1983; 9: 487-502

- (49) Nauman GOH : Tumoren der Augen und Augenhöle. In : Opitz H. Schmid F (eds): Handbuch der kinderheilkunde . Tumoren im Kindesalter. Vol VIII/2, pp 350-377. New York. Springer, 1971.
- (50) Wollensak J, Meythaler H : Histologie der lid-tumoren mit besonderer Berücksichtigung Von Juvenilem Melanoma (Spitz) und Hidradenoma papilliferum. Klin Monatsel Augenheilkd 150: 388, 1967,
- (51) Martin HE : Cancer of the eyelids. Arch Ophthalmol 1939. 22:1- 29.
- (52) Einaugler R & Henkind P : Basal cell epithelioma of the eyelid : Apparent incomplete removal. Am J Ophthalmol 1969. 413-414.
- (53) Graham PG & Mc Gavran MH : Basal cell carcinoma and sebaceous glands. Cancer 1964; 17: 803-806.
- (54) Mustarde JC : Basal cell and squamous cell carcinoma in the orbital region. Switerland, 1975. Excerpta Méd.
- (55) Serrano MJ, Rodríguez CH, y Peniche J : Carcinoma basocelular metastásico. Rev. Méd Hosp. Gral.Méx SSA 1978; 41:355-359.
- (56) Pollak SV, Goslen JB, Sherertz EF: The biology of basal cell carcinoma A review . J Am Acad Dermatol, 1982, 7: 569-577,
- (57) Ferry A : The eyelids. In sorsby A. (ed_) :N Modern Ophthalmology Philadelphia: Lippincott, 1972: 4 : 833-853.
- (58) Vázquez- Maya L : Tumores palpebrales y epibulbares. Tesis de postgrado 1988. Fac Med UNAM.