

11234
15
2eje.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

Descripción Retrospectiva de la Experiencia en
el Tratamiento Quirurgico Conservador y Radical
del Carcinoma y Melanoma Avanzado de
Párpados y Conjuntiva

TESIS QUE PRESENTA LA:

Dra. Angelica Guadalupe Cortes Elizalde

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN:**

OFTALMOLOGIA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1984





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.



DOCTOR
ALBERTO OSIO SANCHO
Profesor Titular y Jefe del Servicio de Oftalmología.
Hospital de Especialidades.
Centro Médico Nacional Siglo XXI.
Instituto Mexicano del Seguro Social.



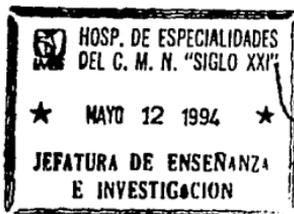
DOCTOR
ANDRÉS GALVAN DE LA LUZ
Médico Adscrito al Servicio de Oftalmología.
Hospital de Oncología.
Centro Médico Nacional Siglo XXI.
Instituto Mexicano del Seguro Social.



DOCTOR
BONFILIO DOMINGUEZ CUEVAS
Médico Adscrito al Servicio de Oftalmología.
Hospital de Oncología.
Centro Médico Nacional Siglo XXI.
Instituto Mexicano del Seguro Social.



DOCTOR
NIELS WACHER RODARTE
Jefe de Enseñanza e Investigación.
Hospital de Especialidades.
Centro Médico Nacional Siglo XXI.
Instituto Mexicano del Seguro Social.



INDICE

ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
HIPOTESIS	7
OBJETIVOS	7
DISEÑO DE LA INVESTIGACION	8
MATERIAL Y METODOS	8
CRITERIOS DE INCLUSION	9
CRITERIOS DE NO INCLUSION	9
PROCEDIMIENTOS	9
RESULTADOS	10
DISCUSION	15
BIBLIOGRAFIA	18
GRAFICA I	19
GRAFICA II	20
GRAFICA III	21
GRAFICA IV	22
GRAFICA V	23
GRAFICA VI	24
GRAFICA VII	25
GRAFICA VIII	26
GRAFICA IX	27
GRAFICA X	28
GRAFICA XI	29
GRAFICA XII	30
GRAFICA XIII	31

GRAFICA XIV

32

GRAFICA XV

33

SEÑOR:

Gracias por haberme permitido terminar esta meta.

A MIS PADRES:

Gracias por su amor, dedicación y confianza en donde se encuentren.

A MIS HERMANOS:

Porque siempre busquen la superación . Gracias por su gran cariño y apoyo.

A ERNEST:

Por su amor y por continuar con nosotros. Gracias.

A CARLOS:

Por tu amor y gran ayuda . Gracias.

A IÑIGO, SRA. MARCELA Y SR. CARLOS:

Por su ayuda y tiempo. Gracias.

A MIS PACIENTES:

Por haberme dado la oportunidad de aprender de ellos, por su gran paciencia. Gracias.

ANTECEDENTES.

Se ha documentado que de los tumores de cabeza y cuello el 10% se localiza en los párpados.(1)

Dentro del concepto de carcinoma se incluyen al de glándula sebácea, al epidermoide, al basocelular que se localizan en párpados y conjuntiva. Otros tumores malignos como el melanoma.

Por orden de frecuencia ocupa el primer lugar el carcinoma basocelular con un 80 a 90 % (1), seguido por el epidermoide con un 5 a 9 % , el de glándula sebácea con una frecuencia del 1 al 4.7% (2,3) y finalmente el melanoma con un 2 a 3 % .

Si analizamos su distribución de acuerdo a su grado de malignidad, ocupa el primer lugar el melanoma, en segundo el carcinoma epidermoide , en el tercer lugar el de glándula sebácea y finalmente el carcinoma basocelular, que se considera "el mas benigno", pero que se presenta más frecuentemente.

Estos tumores tanto de párpados como de conjuntiva invaden o se extienden a las estructuras vecinas o anexos como son la conjuntiva, el globo ocular, a tejidos orbitarios y a los huesos que forman la órbita. Se afectan los párpados predominantemente por los carcinomas basocelular y de glándula sebácea ; y en la conjuntiva por el carcinoma epidermoide y melanoma, aunque éstos últimos también pueden presentarse en los párpados.

La localización del carcinoma de glándulas sebáceas es más frecuente en el párpado superior, porque se origina principalmente de las glándulas de Meibomio (2), las cuales están presentes en mayor número en dicho párpado, en contraste con el párpado inferior en el que predomina el carcinoma basocelular (4,7,8).

La presentación de dichas neoplasias es generalmente unilateral, sin predominio por algún ojo, sin embargo se han reportado casos aislados de carcinoma epidermoide

bilateral en pacientes farmacológicamente inmunosuprimidos por ser receptores de transplantes renales (5,6).

El carcinoma basocelular es el tumor maligno más común de los párpados, se presenta más en el párpado inferior, seguido del superior, canto interno y canto externo. Hay predilección por el sexo masculino en relación 2:1. Y tiene un riesgo del 2.4 a. 3.6% de invasión orbitaria (9,10) y son poco frecuentes sus metástasis. (3).

Es más frecuente en población de raza blanca y en pacientes entre las 6a. y 7a. década de la vida. Su diagnóstico requiere de un examen cuidadoso, ya que existen reportes de casos en que se ha enmascarado el carcinoma como un ectropión (12).

Se han estimado 500,000 nuevos casos en Iowa (1). En México no existen estudios epidemiológicos, sin embargo en nuestro servicio es el de mayor presentación con el 90% aproximadamente.

Existen muchas clasificaciones, una de ellas es la utilizada por la Organización Mundial de la Salud que solo reconoce 3 variedades (1), pero la que es usada por la mayoría de los autores e inclusive en nuestro servicio es la de Picckerling que considera cinco formas clínicas: Nódulo-ulcerativo, multicéntrico o superficial, morfeo o esclerosante, quístico y el tipo iceberg .

El nódulo-ulcerativo es el más común y corresponde al 60%, es de crecimiento lento, pero puede extenderse y alcanzar gran profundidad y tamaño.

El multicéntrico es más común en el tronco y extremidades, es una lesión plana, rosa o rojiza con un borde perlado y presenta áreas de regresión espontánea caracterizadas por cicatrización e hipopigmentación, es de tamaño variable y lesiones múltiples.

El tipo morfeo es una lesión indurada de color marfil con telangiectasias, es de tamaño variable y es característica su extensión subclínica y su alto grado de recurrencia después del tratamiento.

En el tipo iceberg es notoria su gran agresividad y extensión subclínica y tiene un alto grado de recurrencia, clínicamente se puede encontrar como una lesión plana o de pequeña elevación.

Son mal definidos comparados con los únicamente nodulares. Puede extenderse profundamente hacia pericondrio , periostio o placas tarsales y produce un fenómeno de iceberg lo cual explica su dificultad en el manejo y su alta recurrencia.

Excepto el esclerosante, todas las variedades presentan grados variables de pigmento .

El carcinoma de glándulas sebácea de los anexos oculares es un tumor maligno que tiene apariencia clínicamente variable, tiende a recurrir , causar metástasis y muerte(3). Se presenta entre la 6a. y 7a. década de la vida. Es mas frecuente en mujeres que en hombres con un 2.7 y 1.5% respectivamente (12).Se origina en dos tercios de los casos de las glándulas de Meibomio (2) , o bién de las glándulas de Zeis o de las asociadas a los folículos pilosos de los párpados, carúncula, ceja o tejido glandular normal ectópico en la órbita (13). En pacientes menores de 40 años usualmente ocurre posterior a radiación como terapia para el retinoblastoma o hemangioma, hay reportes en la literatura de aparición de lesiones sin éstos antecedentes (11,14).

Se describe como un nódulo solitario, profundo y asintomático, que frecuentemente llega a confundirse con chalazión, blefaritis, queratoconjuntivitis y cualquier otra condición inflamatoria o infecciosa (15).

El carcinoma epidermoide es una neoplasia maligna que se presenta principalmente en pacientes de 40 a 45 años. Puede desarrollarse de lesiones predisponentes como cicatrices, queratosis senil y actínica, etc.

Invade el 8.2 % a la órbita siendo ésto más frecuente en mujeres, sin embargo dicho tumor tiene predilección por el sexo masculino (7).

Los factores pronósticos incluyen tamaño, número, localización e invasión a fondos de saco, conjuntiva bulbar y el tipo histológico.

El melanoma es el más maligno de estos tumores y puede ser primario o secundario, originado de un melanoma intraocular o metastásico. En su forma primaria el melanoma maligno conjuntival aparece como un nódulo que puede o no ser pigmentado, puede aparecer de novo a menudo en el limbo o secundario a lesiones preexistentes. Los tumores originados en la conjuntiva bulbar tiene un índice de supervivencia a los 5 años del 100%, para los que aparecen en el limbo es del 83% y para los palpebrales del 50%.

Clark lo divide en epitelial, papilar, papilo-reticular, reticular e invasor y Breslow lo clasifica de acuerdo al nivel de invasión:

- I. menos de 0.75 mm
- II. de 0.76 a 1.50 mm
- III. de 1.51 a 3 mm
- IV. de 3.1 a 4 mm
- V. mayor de 4 mm

Los tratamientos que se conocen para estos tumores son múltiples y en los que más experiencia se tiene en nuestro servicio y que son los mas usados en nuestro medio son la cirugía, de la cual existen múltiples técnicas (15,16,17) y la radioterapia. También existe la terapia adyuvante como la quimioterapia y la crioterapia (18).

La resección quirúrgica es el método de elección en lesiones extensas en donde se indica cirugía mutilante realizando un vaciamiento orbitario, encontrándose datos clínicos como son las alteraciones de movilidad, ptosis, desplazamiento del globo ocular y datos de gabinete como la erosión y destrucción ósea o presencia de seno maxilar ocupado, desafortunadamente algunos pacientes se niegan a la cirugía o no son

candidatos debidos a problemas médicos o a que los resultados quirúrgicos producirán pérdida potencial de la visión y extensas lesiones que desfiguran (19).

Así mismo puede realizarse una técnica respetando 5 mm de borde libre de lesión y reparación mediante colgajos y usando técnicas adecuadas para prevenir la blefaroptosis(20).

La radioterapia es efectiva en muchas lesiones y es indicada en grandes tumores o cuando la localización es en el canto medial.

La crioterapia es usada en lesiones pequeñas superficiales, sin embargo tiene resultados controvertidos y es menos efectiva en grandes lesiones o con invasión profunda. Debe tomarse en consideración sus complicaciones como son ojo seco, simblefarón, úlcera corneal con pannus y pérdida de tejidos.

La quimioterapia se ha utilizado a base de cisplatino con buenos resultados en caso del carcinoma basocelular y del epidermoide(4). También se utilizan combinaciones de doxorubicina, 5 fluoracilo, metotrexato, bleomicina y la adiamicina con resultados controversiales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál ha sido la evolución clínica de los pacientes portadores de carcinoma o melanoma avanzado de párpado y conjuntiva que fueron tratados con cirugía radical o conservadora?

HIPOTESIS.

H0) Los pacientes sometidos a cirugía conservadora han tenido igual evolución clínica con respecto a los pacientes con cirugía radical.

H1) Los pacientes sometidos a cirugía conservadora han tenido la mejor evolución clínica que los pacientes con cirugía conservadora.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL:

Describir las características clínicas, paraclínicas y la evolución de los pacientes tratados con cirugía conservadora y/o radical en el carcinoma o melanoma avanzado de párpados y conjuntiva.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1) Describir las características clínicas, paraclínicas y la evolución de los pacientes tratados con cirugía conservadora en el carcinoma o melanoma avanzado de párpado y conjuntiva.

2) Describir las características clínicas, paraclínicas y la evolución de los pacientes tratados con cirugía radical en el carcinoma o melanoma avanzado de párpado y conjuntiva.

3) Describir las características clínicas, paraclínicas y la evolución de los pacientes tratados inicialmente con cirugía conservadora y que posteriormente fueron llevados a cirugía radical en el carcinoma o melanoma avanzado de párpado y conjuntiva.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

Se trata de un estudio de tipo retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional.

MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes atendidos en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI con diagnóstico clínico de Carcinoma o Melanoma avanzado de párpado y conjuntiva comprendido entre el año de 1985 a 1994.

De un total de 200 expedientes se seleccionaron a 18 pacientes que se distribuyeron entre los siguientes 3 grupos:

- a) Grupo I: 10 pacientes con cirugía conservadora.
- b) Grupo II: 5 pacientes con cirugía radical.
- c) Grupo III: 3 pacientes con cirugía conservadora inicialmente y seguida de cirugía radical.

CRITERIOS DE INCLUSION.

- a) Se incluyeron a los pacientes con diagnóstico histopatológico de melanoma o carcinoma avanzado de párpado y conjuntiva.

- b) Tumores de párpado y conjuntiva que se diseminaron a otra estructura del globo ocular y anexos.
- c) Tumores que presentaron invasión a tejido óseo o infiltración a tejidos profundos.
- d) Tumores con más de 2 recidivas que ameritaron cirugías más extensas.

CRITERIOS DE NO INCLUSION.

- a) Tumores en estadios iniciales.
- b) Tumores que no infiltran , invadan o se extiendan a otras regiones del globo ocular o anexos.
- c) Tumores con otros diagnósticos histopatológicos.

PROCEDIMIENTOS.

Se revisó el cardex del archivo clínico del Hospital de Oncología y se revisaron lo expedientes clínicos de los pacientes con carcinoma o melanoma de párpados y conjuntiva, se seleccionaron los de estadio avanzado. Se anotaron las edades, sexo, tiempo de evolución, tipo de crecimiento, sintomatología, exploración con agudeza visual, tratamiento previo, tratamiento quirúrgico, radiografías de órbita, tomografía de órbita, ocupación, exposición solar, diagnóstico histopatológico y evolución clínica.

RESULTADOS.

Se obtuvieron un total de 18 pacientes en estadio avanzado con una edad promedio 57.3 años (rango 24-89 años) (gráfica I), de los cuales fueron 9 masculinos (50%) y 9 femeninos (50%) (gráfica II). Se identificó un tiempo de evolución promedio de la enfermedad de 31.84 meses (rango de 2 a 180 meses) (gráfica III). Se tuvo un

seguimiento promedio de 2.73 años (rango de 5 meses a 9 años), se observó que 5 pacientes (27.77%) habían recibido tratamiento quirúrgico antes de ser captados en el hospital. En cuanto a la ocupación curiosamente predominan 7 amas de casa dedicadas al hogar (38.88%), 4 campesinos (22.22%), 2 estibadores (11.11%), 1 pintor (5.5%), 1 secretaria (5.55%), 1 comerciante (5.55%), 1 obrero (5.55%), un jubilado (5.55%) (gráfica IV). Se documentó que en 6 casos (33.33%) existía el antecedente de exposición solar y en 12 (66.66%) estaba ausente (gráfica V).

En el análisis de la localización de los tumores encontramos que en el párpado fueron 9 casos (50%), destacando el párpado inferior con 6 casos (33.33%), seguido con 5 (27.75%) en el canto, donde predomina en canto interno con 4 casos (22.22%), 4 (21.05%) en la conjuntiva, de los cuales uno se localizó en la carúncula (gráfica VI). Los tumores se caracterizaron por crecimiento lento en 10 pacientes (55.55%) y rápido en 8 pacientes (44.44%) (gráfica VII). Once pacientes refirieron ser sintomáticos (61.11%) (gráfica VIII). Se observó el ojo derecho en 11 pacientes (61.11%) y ojo izquierdo 7 pacientes (38.88%) (gráfica X). En la exploración oftalmológica se observó que la agudeza visual no se obtuvo en 3 casos (16.66%), en 3 casos permaneció sin cambios (16.66%) y en 12 casos (66.66%) se encontró baja de la agudeza visual (gráfica XI).

Dentro de los exámenes de gabinete se obtuvieron placas radiográficas en 7 pacientes (38.8%) y se documentó en 2 pacientes lesiones líticas (11.11%); y tomografía de órbita en 4 pacientes (22.22%), presentando 3 pacientes infiltración a tejidos blandos y óseo (16.66%) (gráfica XIII).

Los reportes histopatológicos demostraron la siguiente distribución: el carcinoma basocelular en 7 casos (38.88%), el epidermoide en 4 pacientes (22.22%), el de glándulas sebáceas en 4 pacientes con 22.22% y en 3 casos el melanoma conjuntival (16.66%) (gráfica XIV).

Se documento actividad tumoral en 2 pacientes (11.11%), un paciente presentó metástasis en coanas y gálglio cervical. El segundo paciente es portador de melanoma con metástasis a hígado. Los otros 16 pacientes (88.88%) se encuentran sin actividad tumoral (gráfica XV).

En el análisis por grupos al revisar a los pacientes del grupo I o tratamiento quirúrgico conservador encontramos que lo formaron 10 pacientes (55.55%), con una edad promedio 59.7 años (rango 38 a 81 años), no hubo predominio de sexo y con un tiempo de evolución promedio de 33.7 meses (rango 10 a 180 meses). La ocupación demostró 4 pacientes dedicadas al hogar (40%), 3 campesinos (30%), un pintor (10%), 1 estibador (10%) y una secretaria (10%), de los cuales 4 tuvieron exposición solar (40%). Se observó que el 20% de los pacientes presentaban el antecedente de haber recibido tratamiento previo. La distribución predominó en 6 casos (60%) en los párpados, de los cuales 4 fueron en el inferior y 2 en el superior; 3 (30%) pacientes lo tuvieron en el canto, 2 se encontraron en el canto interno y uno en el externo, solamente un paciente lo presentó en conjuntiva (10%).

Se encontró en antecedente de síntomas en 5 pacientes (50%), donde la sensación del cuerpo extraño representó el 60%, dolor en el 40%, sangrado 60%, secreción purulenta 20% y alteraciones de la hendidura palpebral 40%. (hay pacientes que presentaron más de un síntoma) (gráfica IX).

En este grupo no se demostró diferencia por el ojo afectado. A la exploración encontramos que la agudeza visual no se obtuvo el dato en 3 pacientes, se mantuvo sin cambios en 1 pacientes y en 6 hubo disminución de su agudeza. Las características del tumor fueron: duro en 2 pacientes (20%), 3 fijo a planos profundos (30%), 4 pigmentados(40%), 2 nodulares (20%), 1 móvil (10%), 5 ulcerados (50%) y 4 con telangiectasias (40%) (gráfica XII).

Dentro de los exámenes de gabinete se obtuvieron en 4 pacientes placas radiológicas, de los cuales solamente 1 paciente presentó anomalías, que consistió en destrucción de la pared interna de la órbita. La tomografía orbitaria se realizó en 3 pacientes, de los cuales dos presentaron las siguientes anomalías: uno con destrucción de la lámina papirácea del etmoides y solución de continuidad al seno frontal, el segundo paciente presentó invasión a tejido graso, lesión extraconal con desplazamiento del recto externo y posible infiltración a esclera.

Los diagnósticos histopatológicos demostraron que en este grupo predominó el carcinoma basocelular en 6 casos (60%), 2 casos el de glándulas sebáceas (20%), 1 carcinoma epidermoide (10%) y uno con melanoma (10%).

En el grupo II con cirugía radical se encuentran 5 pacientes (27.77%), con edad promedio de 63 años (rango 24 a 89 años), predominó el sexo femenino en 3 casos (60%), el tiempo de evolución promedio fue de 48.8 meses (rango 2 a 168 meses). La ocupación se distribuyó en 2 pacientes dedicados al hogar (40%), un estibador (20%), un comerciante (20%) y un jubilado (20%); solamente uno tiene antecedente de exposición solar (20%).

Se observó que los 5 pacientes (100%) no tuvieron tratamiento previo. Su distribución predominó en la conjuntiva en 3 pacientes (60%), de ellos uno en carúncula, 1 en párpados (20%) que fue en el inferior y uno en canto (20%) que se presentó en el interno.

La velocidad de crecimiento se caracterizó por ser lenta en 3 pacientes 60% y rápida en 2 pacientes (40%). Fueron 4 pacientes sintomáticos (80%), manifestando sensación de cuerpo extraño 60%, dolor 40%, sangrado 20%, y alteraciones de la hendidura palpebral (20%), los pacientes presentaron más de un síntoma (gráfica IX).

Se notó predominio del ojo derecho en 4 pacientes. En la exploración física encontramos que la agudeza visual se mantuvo en 1 paciente y disminuyó en 4

pacientes . Las características del tumor fueron en 1 paciente duro, 1 fijo, 2 pigmentados, 1 blando, 4 con telangiectasias y con desplazamiento del globo ocular en 2 pacientes(gráfica XII).

Se obtuvieron en 1 paciente placas de radiograficas, donde se documentó aumento de densidad de la órbita derecha. No se realizacon tomografías de órbita.

Los tumores fueron en 2 pacientes carcinoma epidermoide (40%), 2 con melanomas de conjuntiva (40%) y un carcinoma de glándula sebácea (20%). No se documento un solo paciente con actividad tumoral.

El grupo III se encuentra formado por pacientes que inicialmente recibieron tratamiento conservador , pero posteriormente se les realizó cirugía radical. Formado por 3 pacientes (16.66%), con edad promedio de 59 años (rango 48 a 72 años), predominó con 2 pacientes el sexo masculino (66.66%). Con un tiempo de evolución promedio de 17.33 meses (rango 4 a 24 meses).La ocupación se caracterizó por un campesino, un obrero y una dedicada al hogar con 33.33% para cada uno. El 100% tenía el antecedente de tratamiento antes de iniciar su estudio en el hospital, que fue escisión de la tumoración. La distribución fue en 2 casos en párpados (66.66%), que se distribuyó en uno superior y otro inferior. El otro paciente paciente lo presentó en canto (33.33%), que correspondió al canto externo. El crecimiento del tumor fue rápido en 2 casos (66.66%) y lento en un caso (33.33%).

Se presentaron dos pacientes sintomáticos (66.66%) que refirieron sensación de cuerpo extraño (33.33%) y dolor (66.66%) (gráfica IX). Predominó el ojo derecho con dos casos (66.66%). A la exploración la agudeza visual se mantuvo igual en un paciente, en dos casos disminuyó.

Las características del tumor fueron en 2 pacientes duro, 1 fijo, en 1 móvil, 1 con telangiectasias y 1 con desplazamiento del globo ocular. También en este grupo presenatron más de un síntoma los pacientes (gráfica XII).

En dos pacientes (66.66%) se tomaron placas radiológicas consideradas como normales. Tomografías de órbita se obtuvo en un paciente que demostró actividad tumoral en la región temporal inferior y con desplazamiento del globo ocular.

Se reportaron 2 pacientes con carcinoma epidermoide (66.66%), uno con carcinoma de glándula sebácea (33.33%). En ningún paciente se documentó actividad tumoral.

DISCUSION.

De un período de 9 años solamente se obtuvieron 18 casos de estadios avanzados de carcinomas o melanomas de conjuntiva y párpados, lo que habla que la mayor parte de los pacientes son captados en estadios iniciales. Observamos que en nuestro hospital encontramos 4 pacientes con edades menor al promedio de la reportada en la literatura mundial, nuestro estudio no está encaminado a conocer esta variable por lo cual no es posible concluir. Llama la atención que existe un número considerable de pacientes dedicadas al hogar, sin embargo retrospectivamente no es posible definir su exposición ocupacional a los factores oncogénicos, pues no se encontró descrita en el expediente clínico. La exposición solar no fue un factor determinante en nuestra revisión, pues el 66.66% de los pacientes no la tuvieron.

La localización de los tumores fue en el 50% de los casos en los párpados, lo cual corresponde a que el 38.88% correspondió al carcinoma basocelular y el 21.05% fue para la conjuntiva, que correlaciona con el melanoma que fue el de menor presentación con un 16.66%. Existe correlación entre la agresividad del tumor con el manejo quirúrgico, de tal manera que los basocelulares predominaron en el grupo de cirugía conservadora y no se requirió de una segunda cirugía radical. A diferencia el carcinoma epidermoide, el de glándula sebácea y melanoma que dada su agresividad requirieron en su mayoría de tratamientos radicales o combinados. En este último grupo se le realizó la segunda cirugía de vaciamiento a los 6 meses en 2 pacientes y en 1

mes a otro paciente. Observamos porcentualmente mínima diferencia en su forma de crecimiento, predominando el crecimiento lento, pudiendo estar influido porque predomina el carcinoma basocelular. En nuestra población encontramos que la mayor parte de los pacientes presentaron síntomas donde predominó la asociación de sensación de cuerpo extraño, sangrado y el dolor.

Para nuestro estudio y poder valorar la evolución de la agudeza visual realizamos una escala donde si no se obtenía el dato en el expediente se le daba arbitrariamente el número 0, si se mantenía sin cambios corresponde al 1 y si disminuía se le asignaba el 2. De tal forma que observamos que la mayor parte de los pacientes mostraron un patrón de disminución de su agudeza visual, esto se vio influenciado por la presencia de complicaciones secundarias a la cirugía como el lagofthalmos, ectropión cicatricial, diplopia, ojo seco secundario a radioterapia o por pérdida del órgano.

Contrario a lo que esperaríamos, observamos que solamente el 38.88% de los pacientes se les realizó radiografías de órbita y el 22.22% tomografía, no se justifica en los expedientes el porque no se les realizó. A pesar de ser considerados como estadios avanzados solamente en 2 pacientes se documentó extensión tumoral tanto radiológica como tomográfica.

En la población observada encontramos predominio del carcinoma basocelular, seguido en mismo porcentaje del epidermoide y del de glándulas sebáceas y en menor frecuencia el melanoma, esto corresponde a lo descrito por la literatura.

De los 18 pacientes a uno se le dió de alta por considerarse curado después de 7 años de seguimiento, quien tuvo el diagnóstico de Carcinoma basocelular. Hubo 6 expedientes en los cuales existen notas de la consulta externa hasta hace 2 ó 3 años sin especificar que paso con los pacientes, solamente hay 11 pacientes que continuaron con su vigilancia hasta la fecha. Por tal motivo solamente de un total de 12 pacientes se sabe que no ha habido defunciones secundarias a estos tumores.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Narad J. A., Whitaker D. C.: PERIOCULAR BASAL CELL CARCINOMA IN ADULTS 35 YEARS OF AGE AND YOUNGER . Am. J. Ophthalmol. 106:723. 1988.
- 2.- Luxenberg M.N.: SEBACEOUS GLAND CARCINOMA. Arch Ophthalmol. 106:119.1988
- 3.- Herman D.C., Chi-Chao Ch., Bartley G.B., Nussenblatt R.B., Palestine A.G.: IMMUNOHISTOCHEMICAL STAINING OF SEBACEOUS CELL CARCINOMA OF THE EYELID. Am. J. Ophthalmol. 107:127. 1989.
- 4.- Luxenberg M.N., Guthrie T.H.: CHEMOTHERAPY OF BASAL CELL AND SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE EYELIDS AND PERIORBITAL TISSUES. Ophthalmology.93:504.1986.
- 5.- Rao N.A., Dunn S.A., Romero J.L., Stout W.S.: BILATERAL CARCINOMAS OF THE EYELID. Am. J. Ophthalmol. 101:480. 1986.
- 6.- Trezel R.R., Spencer W.H.: EYELID TUMORS ANDA RENAL TRANSPLANTATION. Arch. Ophthalmol. 98: 1771. 1980.
- 7.- Howard G.R., Nerad J.A., Carter K.D., Whitaker D.C.: CLINICAL CHARACTERISTICS ASSOCIATED WITH ORBITAL INVASION OF CUTANEOUS BASAL CELL AND SQUAMOUS CELL TUMORS OF THE EYELID. Am. J. Ophthalmol. 113:123.1992.
- 8.- Aurora A.L.,Blodi F.C.:REAPPRAISAL OF BASAL CELL CARCINOMA OF THE EYELIDS. Am. J. Ophthalmol. 70:329. 1970.

- 9.- Naquin H.A. :EXENTERATION OF THE ORBIT.Arch. Ophthalmol. 51:580. 1984.
- 10.- Einauglar R.B., Henkind P.: BASAL CELL EPITHELIOMA OF THE EYELID. APPARENT INCOMPLETE REMOVAL. Am. J. Ophthalmol. 67:413.1969.
- 11.- Beyer T.L., Dryden R.M.: BASAL CELL CARCINOMA MASQUERADING AS ECTROPION. Arch. Ophthalmol 106:170.1988.
- 12.- Bhalla J.S., Vashisht S., Gupta V.K., Sen A.K.: MEIBOMIAN GLAND CARCINOMA IN A 20 YEAR OLD PATIENT. Am. J. Ophthalmol. 111:114.1991.
- 13.- Cavangh H.D., Green W.R.,Goldberg H.H.: MULTICENTRIC SEBACEOUS ADENOCARCINOMA OF THE MEIBOMIAN GLAND. Am. J. Journal Ophthalmol. 77:326.1974.
- 14.-Schlernitzauer D.A., Font R.L.: SEBACEOUS GLAND CARCINOMA OF EYELID FOLLOWING RADIATION THERAPY FOR CAVERNOUS HEMANGIOMA OF FACE. Arch. Ophthalmol. 94:1523.1976.
- 15.- Leone Ch.R.: LATERAL CANTHAL RECONSTRUCTION. Ophthalmology 94:238.1987.
- 16.- Dryden R.M.,Wule A.E.:THE PREAURICULAR SKIN GRAFT IN EYELID RECONSTRUCTION. Arch. Ophthalmol. 103:1579.1985.
- 17.- Aurora A.L.,Blodi F.C.. REAPPRAISAL OF BASALL CELL CARCINOMA OF THE EYELID.Am. J. Ophthalmol. 70:329.1970.

18.- Lisman R.L., Jakobiec F.A., Smal P.: THE ROLE OF ADJUNCTIVE CRYOTHERAPY IN THE MANAGEMENT OF CONJUNTIVAL PAGETOID SPREAD. *Ophthalmology*. 96:1021.1989.

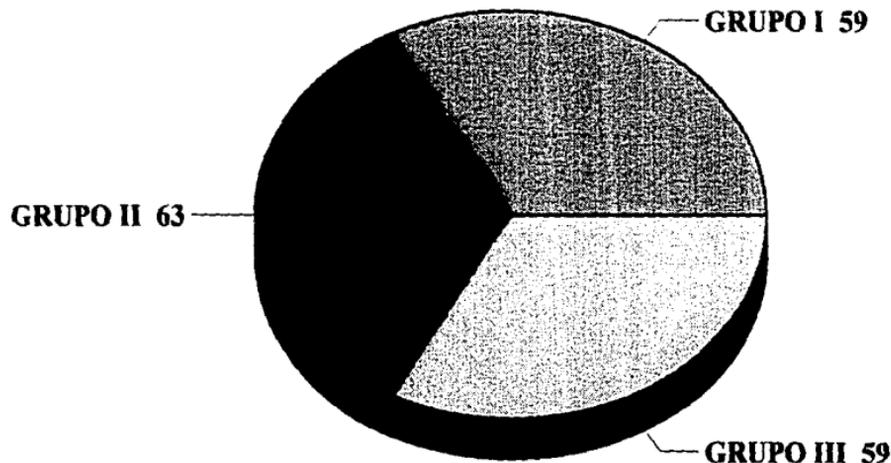
19.- Levin P.S., Dutton J. J.: A 20 YEAR SERIES OF ORBITAL EXENTARATION. *Am. J. Ophthalmol*. 112:496.1991.

20.- Putterman A.M., Migliori M. E.: COMBINED VIABLE COMPOSITE GRAFTING AND EYELID SHARING TECHNIQUES TO PREVENT BLEPHAROPTOSIS AFTER EXTENSIVE TUMOR EXCISION. *Am. J. Ophthalmol*. 106:53. 1988.

21.- Guthrie T.H., McElveen L.J., Porubsky E.S., Harmon J.D.. AN EFFECTIVE CHEMOTHERAPY COMBINATION IN THE TREATMENT OF ADVANCED BASAL CELL AND SQUAMOUS CARCINOMA OF THE SKIN. *Cancer* 55:1629. 1985.

DISTRIBUCION POR EDAD

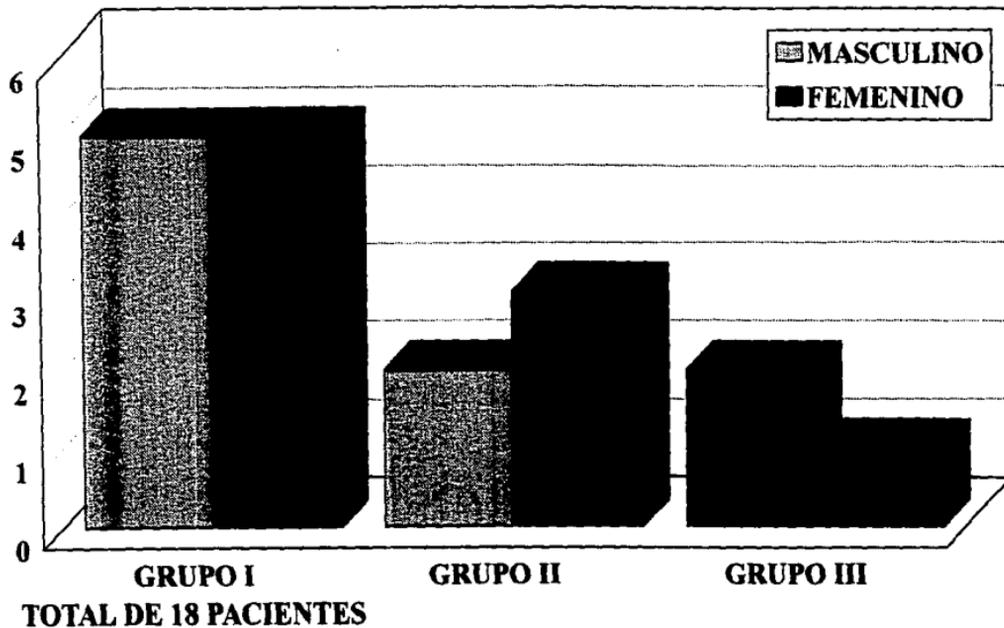
GRAFICA I



TOTAL DE 18 PACIENTES

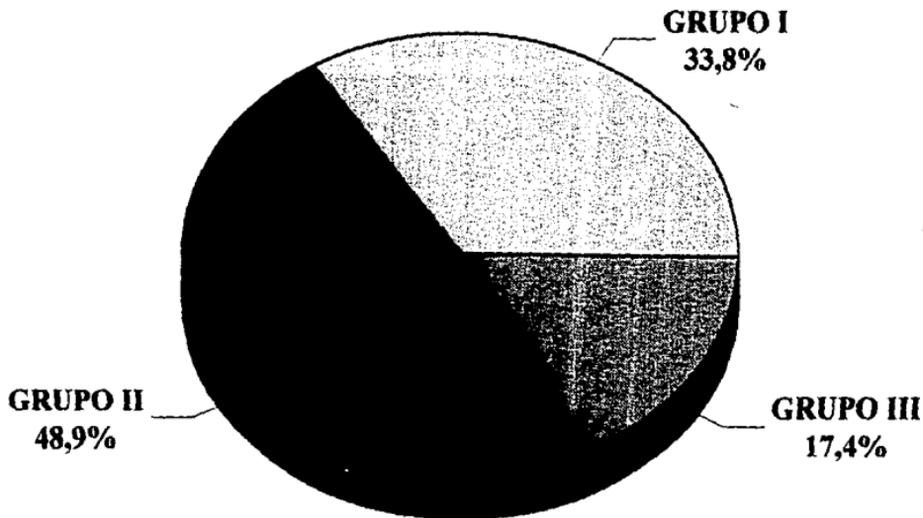
DISTRIBUCION DE SEXO

GRAFICA II



TIEMPO DE EVOLUCION

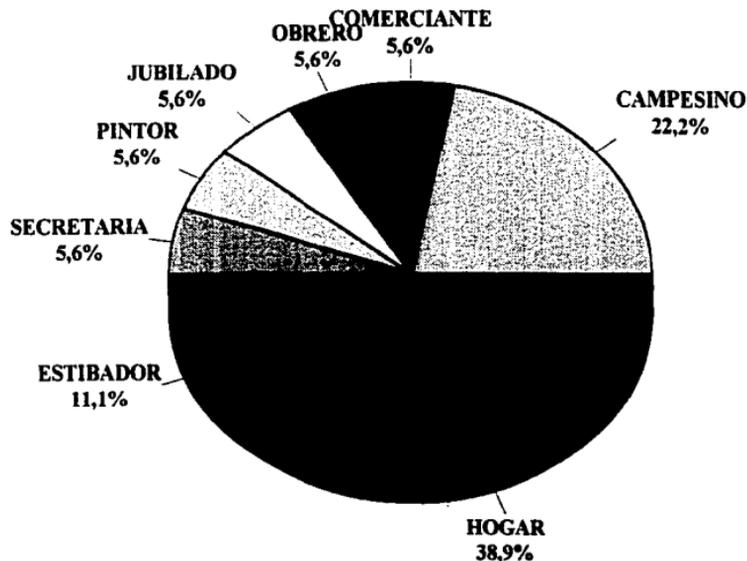
GRAFICA III



RANGO 2-180 MESES. TOTAL DE 18 PACIENTES

ACTIVIDADES LABORALES

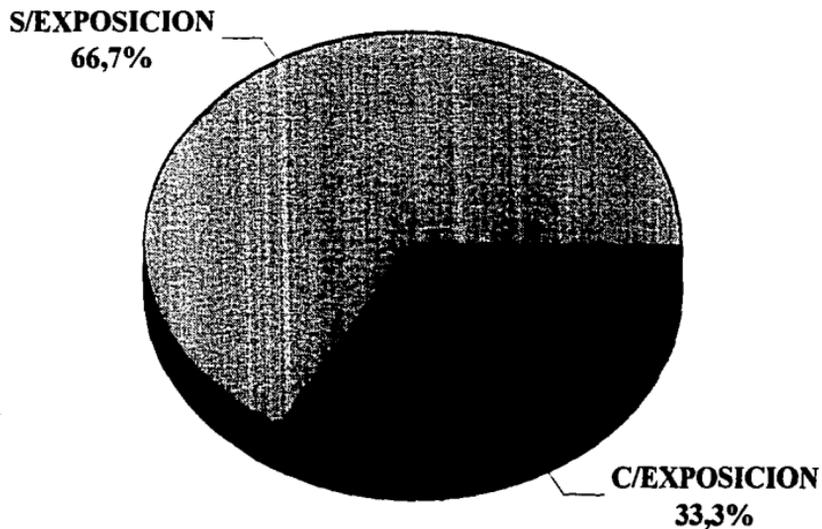
GRAFICA IV



TOTAL DE 18 PACIENTES

EXPOSICION SOLAR

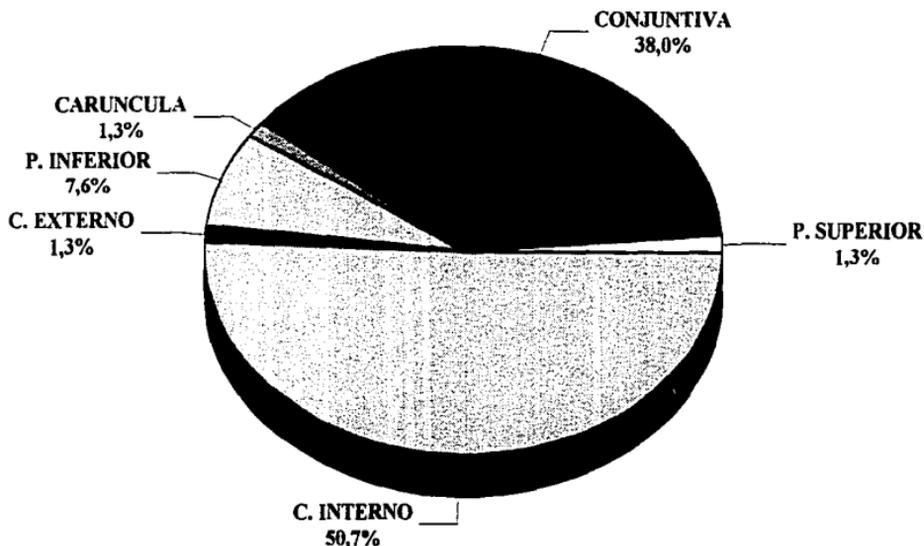
GRAFICA V



TOTAL DE 18 PACIENTES

DISTRIBUCION POR LOCALIZACION

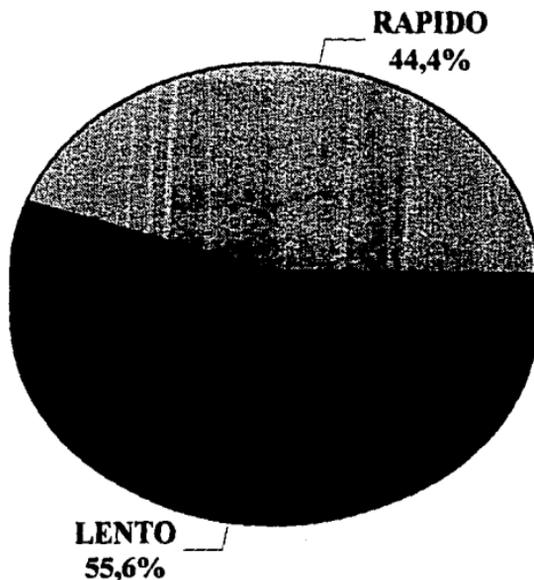
GRAFICA VI



TOTAL DE 18 PACIENTES

VELOCIDAD DE CRECIMIENTO

GRAFICA VII

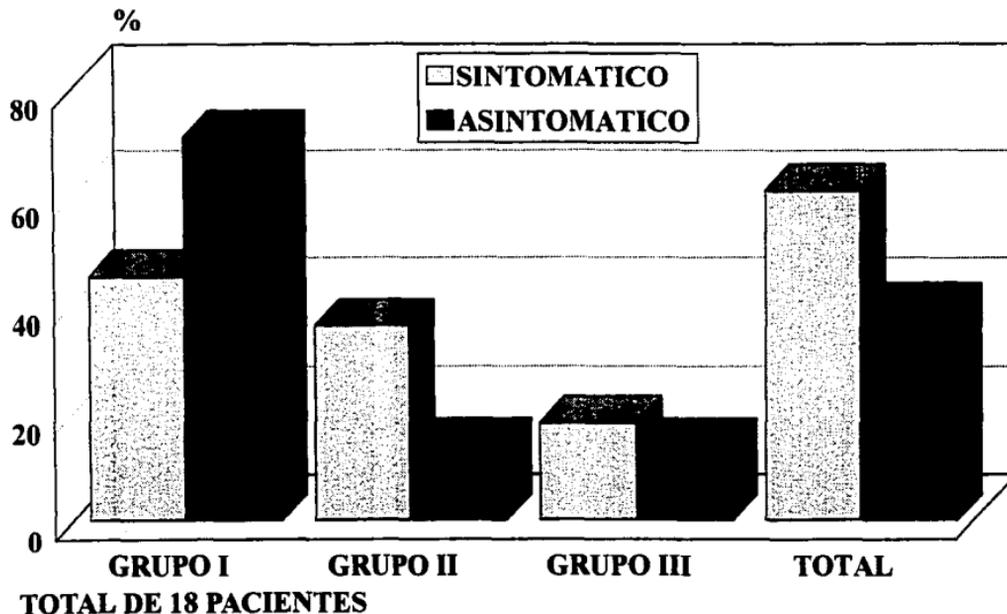


ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TOTAL DE 18 PACIENTES

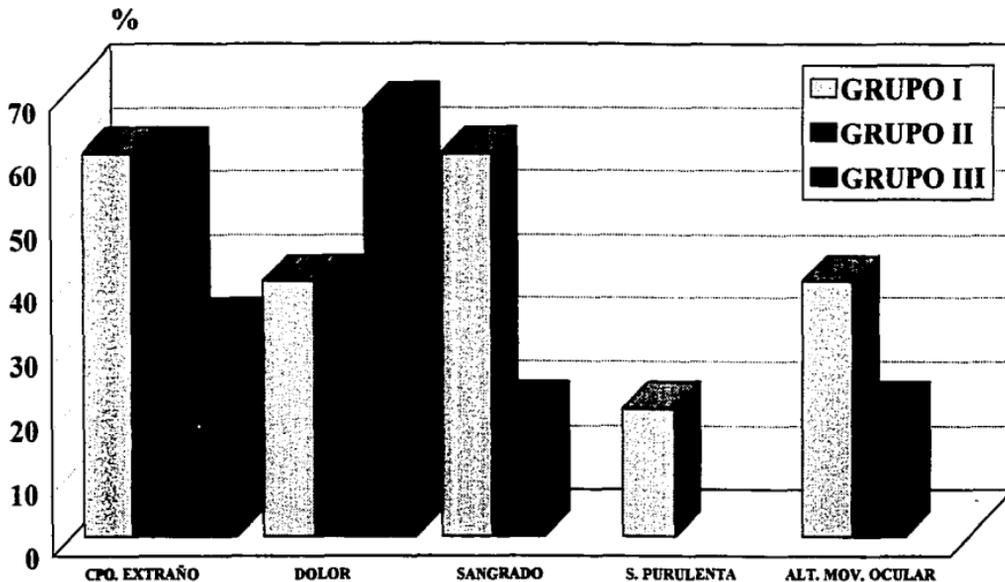
SINTOMATOLOGIA EN GRUPOS

GRAFICA VIII



DISTRIBUCION DE SINTOMAS

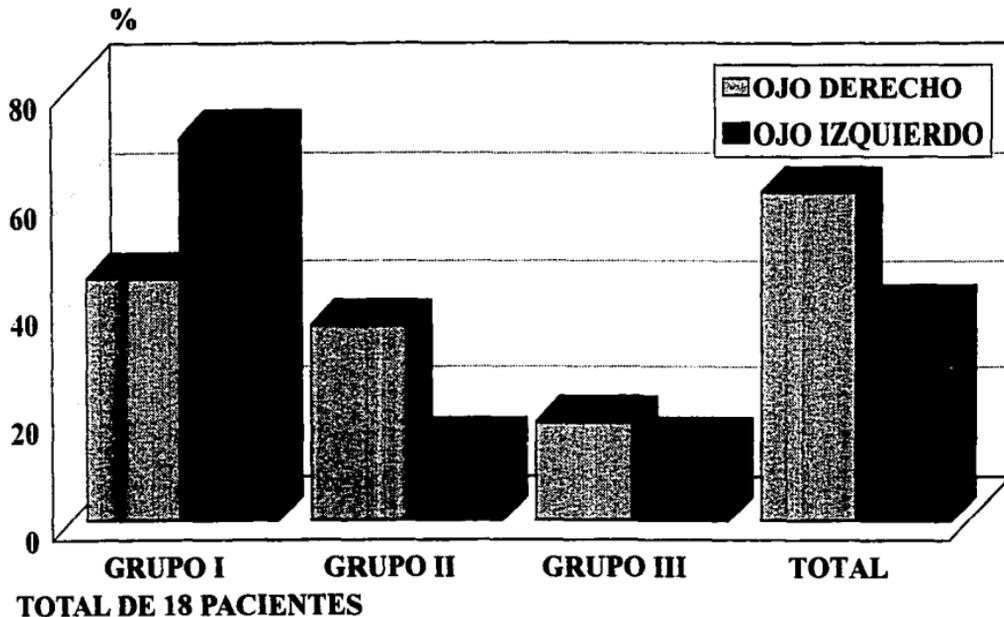
GRAFICA IX



CADA SINTOMA NO EXCLUYE AL OTRO. TOTAL DE 18 PACIENTES

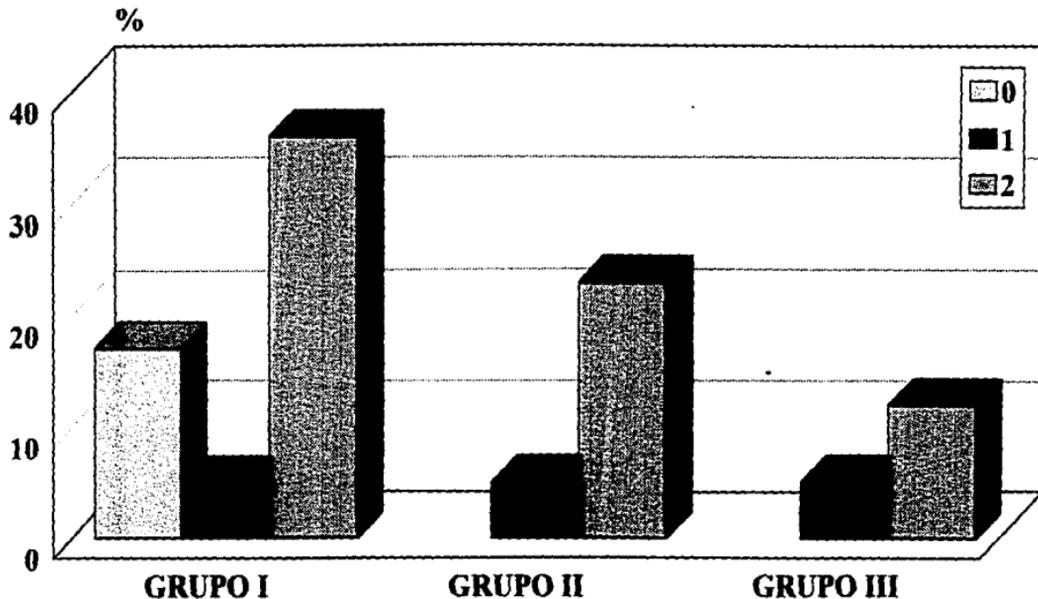
DISTRIBUCION DE LA LESION POR OJO

GRAFICA X



EVOLUCION DE LA AGUDEZA VISUAL

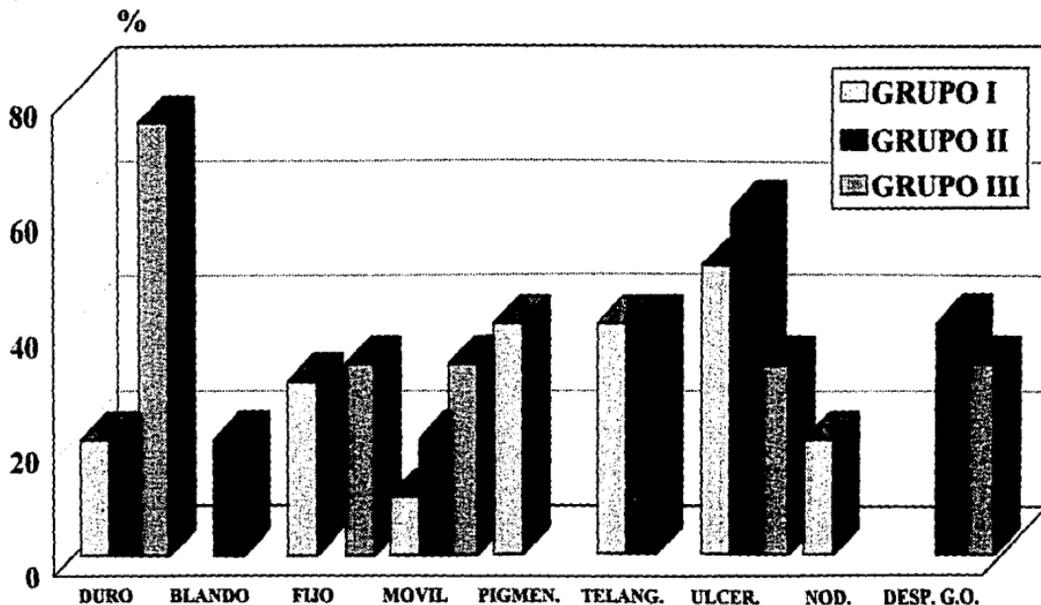
GRAFICA XI



0=SIN DATO 1= SIN CAMBIOS 2= DISMINUCION DE AV. TOTAL 18 PACIENTES

EXPLORACION FISICA POR GRUPOS

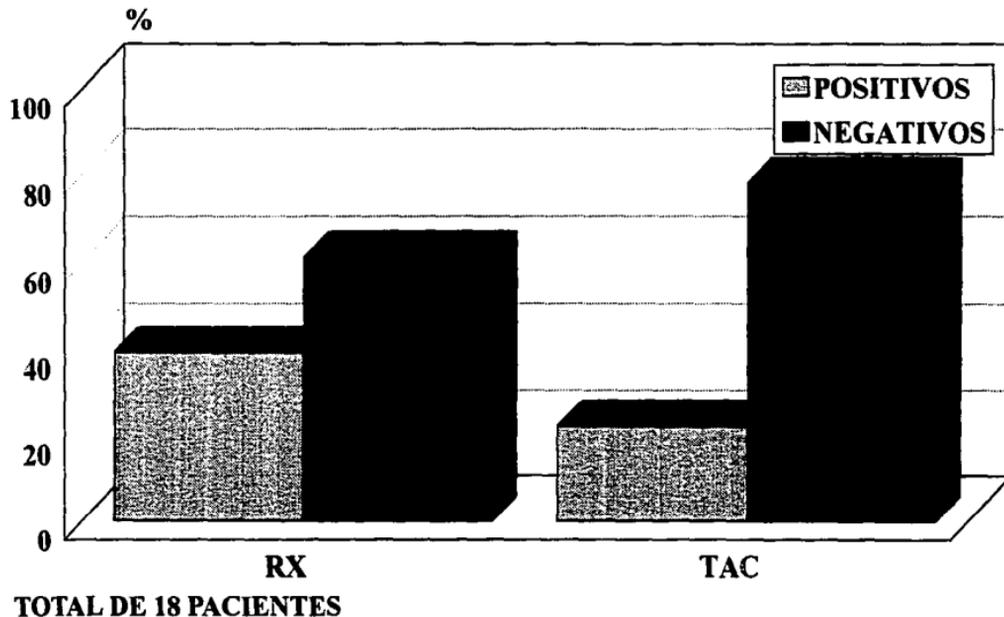
GRAFICA XII



TOTAL DE 18 PACIENTES. CADA DATO NO EXCLUYE AL OTRO

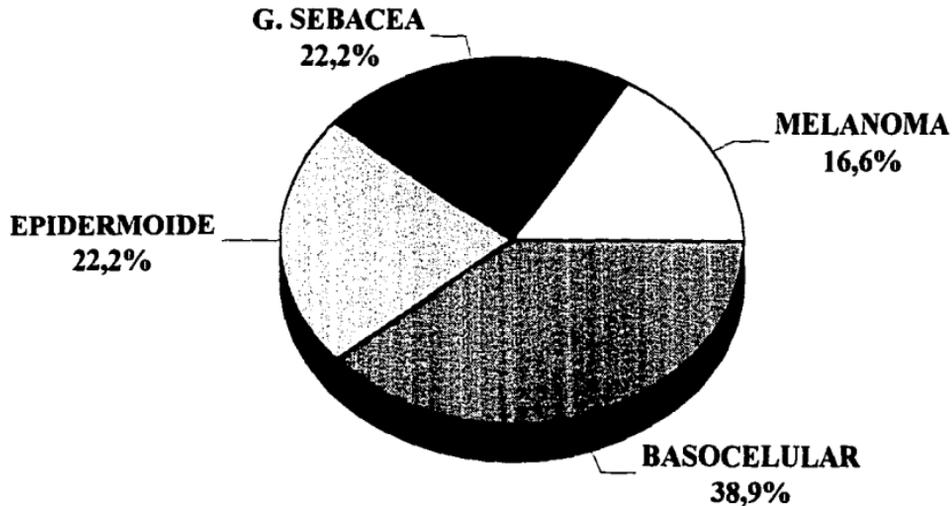
ESTUDIOS DE GABINETE

GRAFICA XIII



TIPOS HISTOPATOLOGICOS

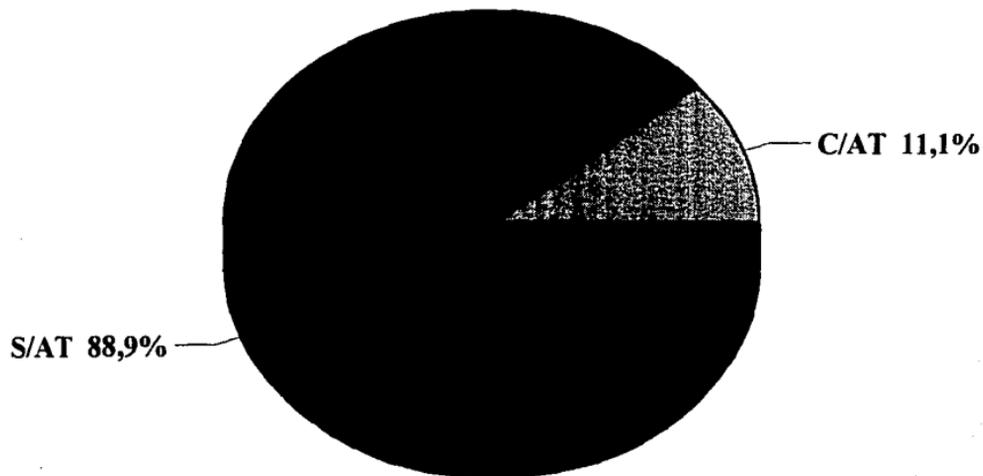
GRAFICA XIV



RESULTADOS EN POCIENTO. TOTAL DE 18 PACIENTES

ACTIVIDAD TUMORAL

GRAFICA XV



TOTAL DE 18 PACIENTES