

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11234
5
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO

FALLA DE ORIGEN

HOSPITAL DR. LUIS SANCHEZ BULNES

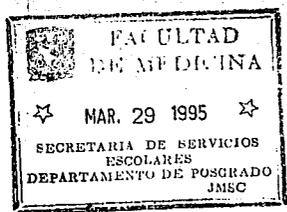
TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO OFTALMOLOGO

DRA LUISA ADELA BONILLA JARAMILLO

MEXICO, D.F. 15 ENERO 95

[Handwritten signature]



1995



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.

INDICE :

DEDICATORIA	1
TITULO	2
INTRODUCCION	3
OBJETIVOS	4
MATERIAL Y METODOS	5
RESULTADOS	6-24
CONCLUSIONES	25
BIBLIOGRAFIA	26

DEDICATORIA:

A STNJ

A MIS PADRES Y HERMANAS

A MI HIJO POR SER LA RAZON DE MI

VIDA.

CORRELACION CLINICO-PATOLOGICA DE LOS
PROCESOS OCUPATIVOS DE LA ORBITA

DRA. LUISA ADELA BONILLA JARAMILLO
DR. GUILLERMO SALCEDO CASILLAS
DR. FERNANDO FERRA CALZADA
DR. ALFREDO GOMEZ LEAL

INTRODUCCION.

Debido a que la órbita es una cavidad de paredes rígidas, las lesiones ocupativas dentro de ella, pueden inducir signos y síntomas, tales como la protrusión del globo ocular, desplazamiento del mismo, dolor, diplopia, trastornos visuales, etc.(1).

Los procesos ocupativos de la órbita, varían en forma considerable en el grupo de edad adulta con respecto a la pediátrica, siendo en la edad adulta la enfermedad distiroidea la causa más frecuente de proptosis, tanto uni como bilateral (2), sin embargo la incidencia de las lesiones ocupativas de la órbita varían en forma considerable de series a series, esto esta en relación a el grupo de material utilizado, de acuerdo a Shields en la edad adulta las lesiones quísticas ocurren con mayor frecuencia (30%), seguido de los procesos inflamatorios (13%), junto con la patología de la glandula lagrimal (13%), ocupando el tercer lugar los tumores secundarios de la órbita,(3), Henderson and Farrow en un estudio reportado de 764 pacientes con tumores de la órbita, encontrarón un 45% de tumores que invaden secundariamente la órbita, seguidos por las lesiones quísticas, y en tercer lugar las lesiones vasculares. (4).

La proptosis en la edad pediátrica ocurre más raramente, y puede ser condicionada por una amplia variedad de procesos, siendo la vasta mayoría (aproximadamente 90%) lesiones benignas, tales como son los quistes dermoides, lesiones vasculares (particularmente hemangioma capilar) y los procesos inflamatorios, el rhabdomyosarcoma es el tumor maligno más frecuente, y los metastásicos incluyen el neuroblastoma, sarcoma de Ewing, y en extensión los retinoblastomas (5;6).

es necesario y esencial que el oftalmólogo se familiarice con los hallazgos clínicos de los procesos orbitarios capaces de producir proptosis, ya que un diagnóstico temprano y la aplicación del tratamiento pueden hacerse para prevenir la pérdida visual y mejorar la sobrevida.

OBJETIVOS.

Conocer la frecuencia de los procesos ocupativos de la cavidad orbitaria, así como los grupos de edad a los que se presentan, dado que existe una amplia variación en el tipo de tumor que se presenta en la edad pediátrica y en los pacientes adultos.

MATERIAL Y METODOS.

Mediante un estudio retrospectivo en sección transversal, se revisarán los archivos del departamento de patología del hospital Asociación para Evitar la Ceguera en México " Dr Luis Sánchez Bulnes" (APEC), durante un período de 37 años, (1º Enero 1957- 30 Abril 1994).

Se incluyeron para este estudio, todos los expedientes de dicho departamento, con diagnóstico de algún proceso ocupativo de la órbita, sin importar la extirpe histológica, edad y sexo del paciente, tiempo de evolución, así como tampoco la institución que envió la muestra al departamento de patología para su estudio.

Se realizó una correlación clínico patológica, para lo cual se tomo en cuenta la edad y sexo del paciente, tiempo de evolución, ojo afectado, así como el diagnóstico clínico prequirurgico y el diagnóstico de histopatología.

Dichos procesos ocupativos de la órbita se clasificaron de acuerdo a los tejidos de origen, se consideró como primarios cuando el primer sitio de crecimiento sea la cavidad orbitaria, metastásicos cuando la vía hematogéna sea la ruta de diseminación de una neoplasia de cualquier órgano que se encuentre a distancia, y extensión de una lesión cuando desde estructuras vecinas alcanza la órbita por contiguidad.

Todos los pacientes menores de 15 años se considerarán como pediátricos, y 16 años ó más como pacientes adultos.

El análisis estadístico se realizó por promedios y porcentajes.

RESULTADOS.

Se revisaron 13050 biopsias, correspondientes a un período de 37 años, de las cuales 680 biopsias (5.25%) corresponden a procesos ocupativos de la órbita, con un total de 647 pacientes,

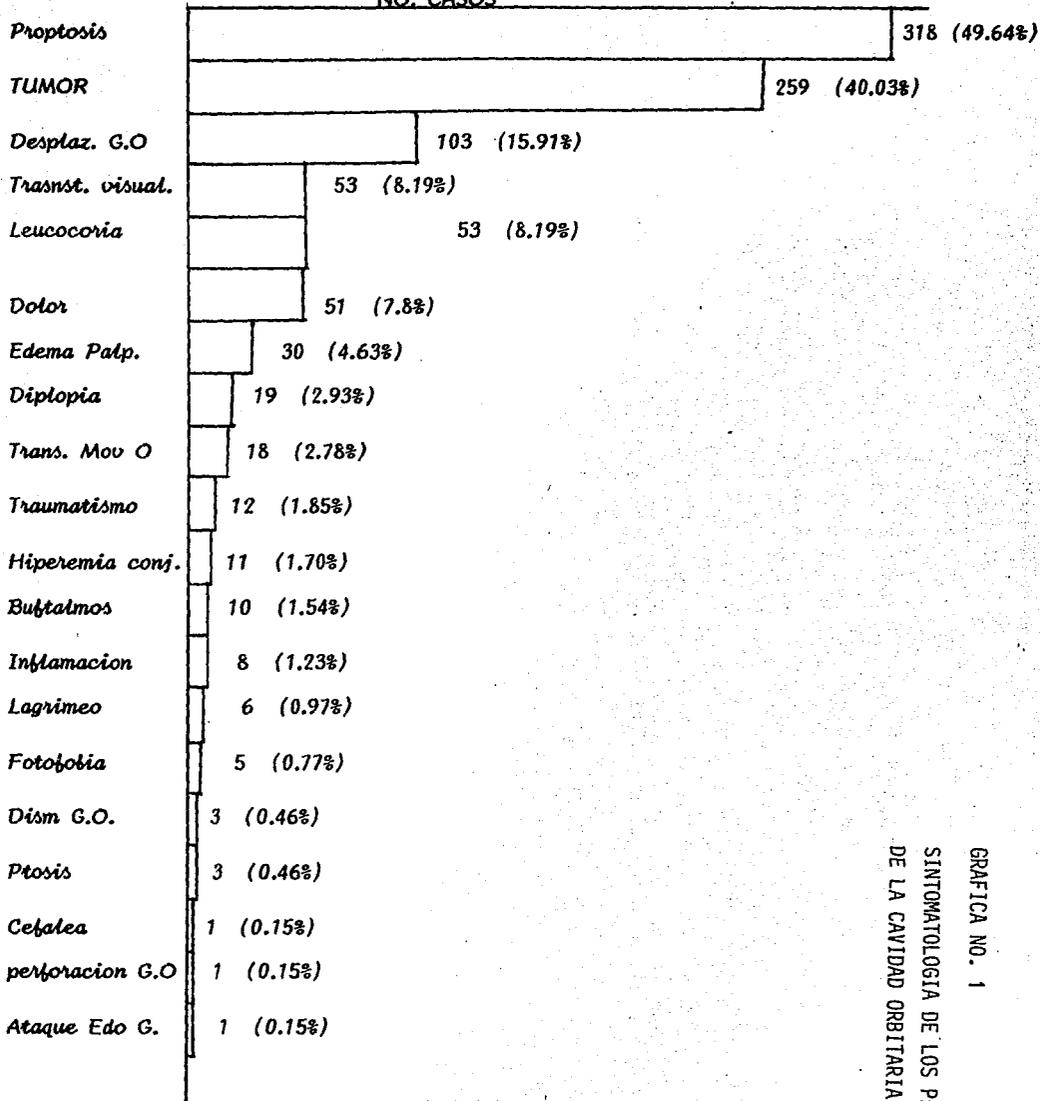
Del total de pacientes, 333 (51.98%) el diagnóstico clínico previo al procedimiento quirúrgico fué adecuado, el 48.53% restante, (314 pacientes) el diagnóstico era erróneo.

En cuanto a la afección de los ojos, tanto el derecho como el izquierdo son muy similares, encontrándose afectado el lado derecho en 313 pacientes (48.37%) y el izquierdo en 334 pacientes, (51.62%), no existiendo diferencia significativa.

La sintomatología más frecuentemente referida por los pacientes es la proptosis en 49.64% (318 pacientes), la presencia de tumoración en el 40.03% (259 pacientes), desplazamiento del globo ocular en 103 pacientes (15.91%), Leucocoria en el 8.19% (53 Pacientes), y trastornos visuales de magnitud variable hasta la no percepción de luz en el 8.19% (53 pacientes), existiendo otra sintomatología menos frecuente como podemos observar en la grafica número 1.

De los tumores primarios de la órbita el que ocurrió con mayor frecuencia son los de origen nervioso, con un total de 81 biopsias (12.03%) y 74 pacientes (11.43%). De éste grupo el meningioma es el más frecuente, siendo

NO. CASOS



GRAFICA NO. 1
 SINTOMATOLOGIA DE LOS PROCESOS OCUPATIVOS
 DE LA CAVIDAD ORBITARIA.

43 pacientes (58.10%), y 48 biopsias (59.25%), seguido en orden decreciente por el neurilemoma, neurofibroma, glioma schanomma, y finalmente defectos gongenitos, tal como lo podemos apreciar en la tabla número 1.

TABLA No.1
Frecuencia de tumores de origen nervioso.

TUMOR	NO. PACIENTES	%	NO. BIOPSIAS	%
MENINGIOMA	43	(58.10)	48	(59.25)
NEURILEMOMA	12	(16.21)	13	(16.04)
NEUROFIBROMA	7	(9.45)	8	(9.87)
GLIOMA	6	(8.10)	6	(7.40)
SCHANOMMA	3	(4.05)	3	(3.70)
MALF. CONG.	3	(4.05)	3	(3.70)
TOTAL	74	(100.0)	81	(100.0)

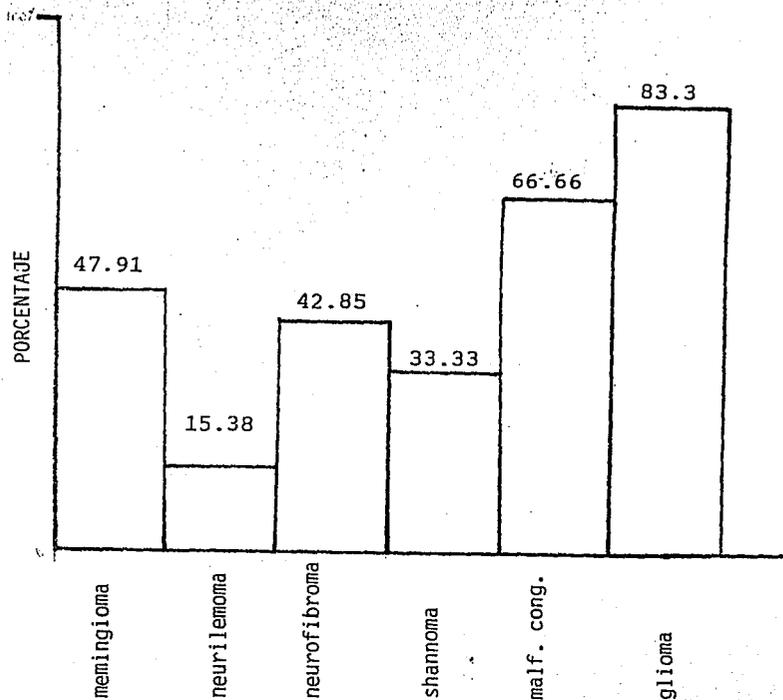
En este grupo de tumores, ambos sexos fuerón igualmente afectados en neurofibroma y gliomas, no así en los tumores restantes, donde se observó un franco predominio por el sexo femenino, tal como se muestra en la tabla no. 2, en esta misma tabla podemos apreciar la edad promedio para cada tipo de tumor.

TABLA NO.2
DISTRUBUCION POR SEXO Y EDAD DE TUMORES NERVIOSOS.

TUMOR	EDAD PROMEDIO	FEMENINO %	MASCULINO %
MENINGIOMA	42.35 años	32 (74.71)	11 (25.58)
NEURILEMOMA	33.60 "	8 (66.66)	4 (33.33)
NEUROFIBROMA	38.85 "	4 (57.14)	3 (42.85)
GLIOMA	11.16 "	3 (50.00)	3 (50.00)
SCHANNOMA	47.00 "	2 (66.66)	1 (33.33)
MALF. CONG	7.3 "	2 (66.66)	1 (33.33)

El tiempo de evolución promedio para el grupo de tumores nerviosos fué de 6.24 años.

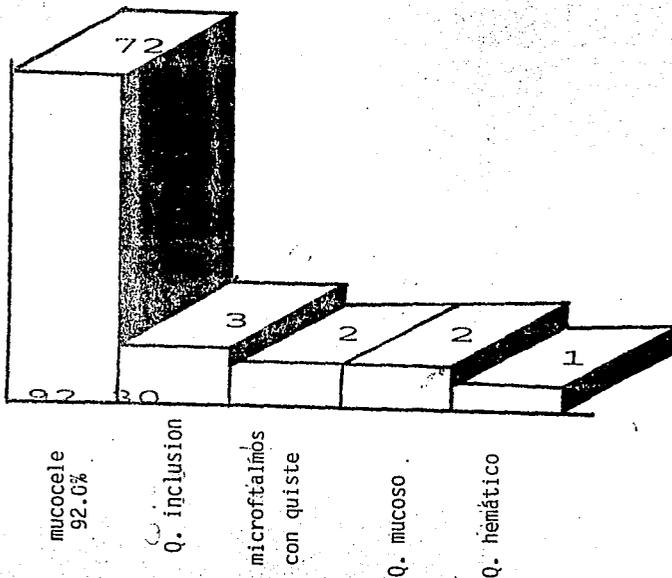
El porcentaje de certaza diagnóstica de acuerdo al reporte histopatológico para este grupo de tumor se muestra en la gráfica número 2.



El segundo grupo de tumores primarios por frecuencia son las lesiones quísticas de la órbita, con un total de 78 pacientes (12.05%) y 80 biopsias (11.76%), la edad promedio fué de 50.40 años, con un ligero predominio por el sexo femenino: 43 pacientes (55.12%), comparado con el sexo masculino: 35 pacientes (44.87%)..

La lesión más frecuentemente observada fué el mucocele, correspondiendo al 92.30% (72) de los reportes de histopatología, seguido por los quistes de inclusión en el 3.84%, como puede verse en la gráfica número 3.

GRAFICA NO. 3
LESIONES QUISTICAS.



El tiempo de evolución promedio para estas lesiones fué de 1.9 años, La certeza diagnóstica para los mismos es bastante elevada, alcanzando un 80.26%

El tiempo de evolución promedio para este grupo de lesiones es 1.04 años, el diagnóstico clínico fué correcto en una tercera parte de los pacientes (34.78%). Los procedimientos quirúrgicos para éstos pacientes fuerón biopsia en 44% (33), resección en 38 (50.66%), una enucleación (1.33), una evisceración (1.33%) y una excenteración (1.33).

El cuarto lugar en frecuencia lo ocupan los tumores vasculares, correspondiendo al 9.8% (67) de las biopsias, con un total de 60 pacientes, en éste grupo la lesión más frecuente fué el hemangioma cavernoso en 25 pacientes (41.66%) y 29 biopsias (43.28%), como se enlista en la tabla número 4.

TABLA NO. 4

Frecuencia de tumores vasculares.

TUMOR	NO.PACIENTES %	NO. BIOPSIAS %
H. CAVERNOSO	25(41.66)	29 (43.28)
H. CAPILAR	3(5.00)	3(4.47)
HEMANGIOLINFANGIOMA	9(15.00)	10 (14.92)
LINFANGIOMA	8(13.33)	9 (13.43)
HEMANGIOENDOTELIOMA	5(8.33)	5 (7.46)
HEMANGIOPERICITOMA	5(8.33)	6 (8.95)
VARICES	5(8.33)	5 (7.46)
TOTAL	60(100.0)	67 (100.0)

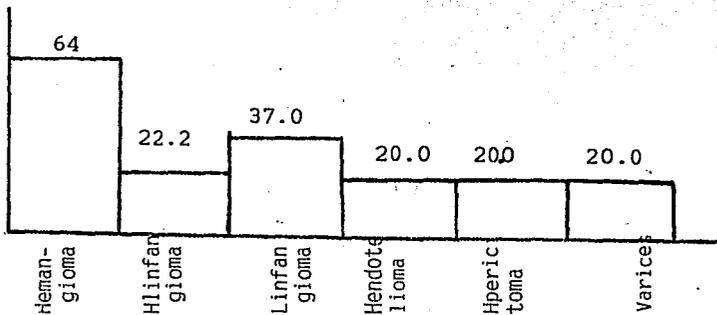
En cuanto a la distribución por sexo, se observó un predominio por el sexo femenino para el hemangioma cavernoso y capilar, así como para el hemangioma endotelial y el hemangiopericitoma, tal como se muestra en la tabla número 5.

TABLA NO.5
Distribución por edad y sexo de tumores vasculares

TUMOR	EDAD PROMEDIO	FEMENINO %	MASCULINO %
H. CAVERNOSO	28.16 a.	16(64.00)	9 (36.00)
H. CAPILAR	2.00 a.	2(66.66)	1 (33.33)
HEMANGIOLINFANGIOMA	15.00 a.	5(55.55)	4 (44.44)
LINFANGIOMA	9.25 a.	4(50.00)	4 (50.00)
HEMANGIOENDOTELIOMA	27.00 a.	4(80.00)	1 (20.00)
HEMANGIOPERICITOMA	29.00 a.	3(60.00)	2 (40.00)

El tiempo promedio de evolución del padecimiento para este bloque - fué de 2.3 años. Y como podemos apreciar en la gráfica número 4, es el porcentaje de acierto en la correlación clínico-patológica en el diagnóstico de estas lesiones.

GRAFICA NO.4
CERTEZA DIAGNOSTICA EN TUMORES VASCULARES.



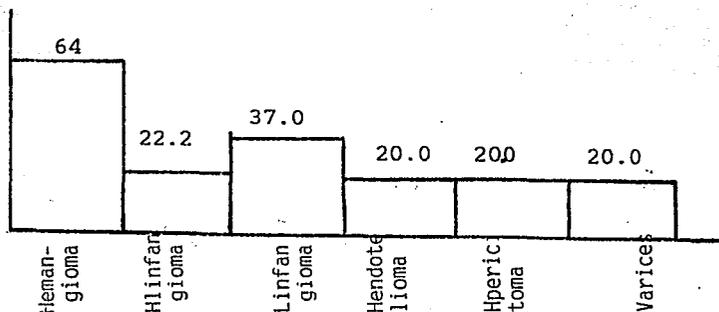
En cuanto a la distribución por sexo, se observó un predominio por el sexo femenino para el hemangioma cavernoso y capilar, así como para el hemangioma endotelial y el hemangiopericitoma, tal como se muestra en la tabla número 5.

TABLA NO.5
Distribución por edad y sexo de tumores vasculares

TUMOR	EDAD PROMEDIO	FEMENINO %	MASCULINO %
H. CAVERNOSO	28.16 a.	16(64.00)	9 (36.00)
H. CAPILAR	2.00 a.	2(66.66)	1 (33.33)
HEMANGIOLINFANGIOMA	15.00 a.	5(55.55)	4 (44.44)
LINFANGIOMA	9.25 a.	4(50.00)	4 (50.00)
HEMANGIOENDOTELIOMA	27.00 a.	4(80.00)	1 (20.00)
HEMANGIOPERICITOMA	29.00 a.	3(60.00)	2 (40.00)

El tiempo promedio de evolución del padecimiento para este bloque - fué de 2.3 años. Y como podemos apreciar en la gráfica número 4, es el porcentaje de acierto en la correlación clínico-patológica en el diagnóstico de estas lesiones.

GRAFICA NO.4
CERTEZA DIAGNOSTICA EN TUMORES VASCULARES.



El manejo quirúrgico para este grupo fue la resección del tumor en el 100% de los casos de hemangioma cavernoso y capilar, hemangiolinfangioma y hemangioendotelioma, así como en las varices, el manejo del linfangioma y hema pericitoma se muestran en la tabla número 6.

TABLA NO. 6

MANEJO QUIRURGICO DE TUMORES VASCULARES

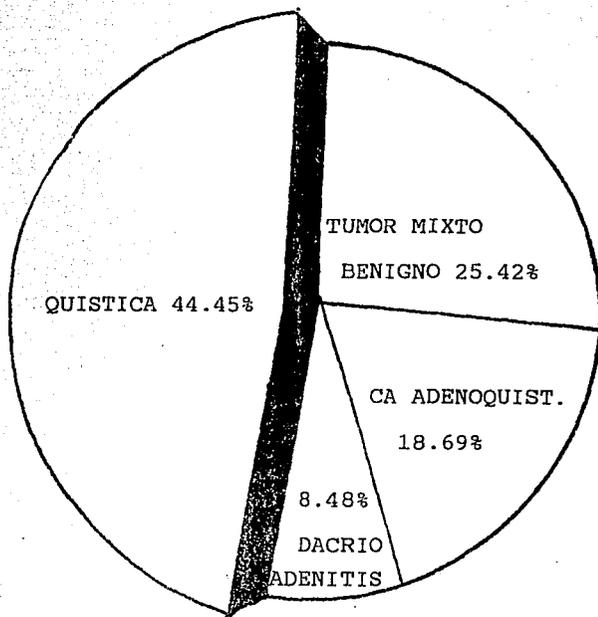
TUMOR	NO. CASOS RESECADOS	NO. CASOS EXCENTERADOS
LINFANGIOMA	8 (88.88%)	1 (11.11%)
HEMANGIOPERICITOMA	4 (66.66%)	2 (33.33%)

La patología de la glandula lagrimal ocupó el 5to. lugar en frecuencia de los procesos ocupativos de la órbita (primarios), correspondiendo al 9.4% (64) de las biopsias y 9.2% (59) pacientes.

La lesión que más frecuentemente afectó a la glandula lagrimal es el quiste en 28 de los pacientes (47.45%), seguido por el tumor mixta benigno en el 25.42% (15 pacientes), como se muestra en la figura número 2, donde podemos ver las otras lesiones y su frecuencia.

FIGURA NO. 2

FRECUENCIA DE LESIONES DE LA GLANDULA LAGRIMAL.



Al igual que en otros grupos de tumores, el sexo que con mayor frecuencia se vió afectado es el femenino, esto lo podemos corroborar en la tabla número 6, en donde también podemos observar la media de edad para éste grupo de tumores.

TABLA NO. 7

Distribución por edad y sexo de la patología de la glándula lagrimal

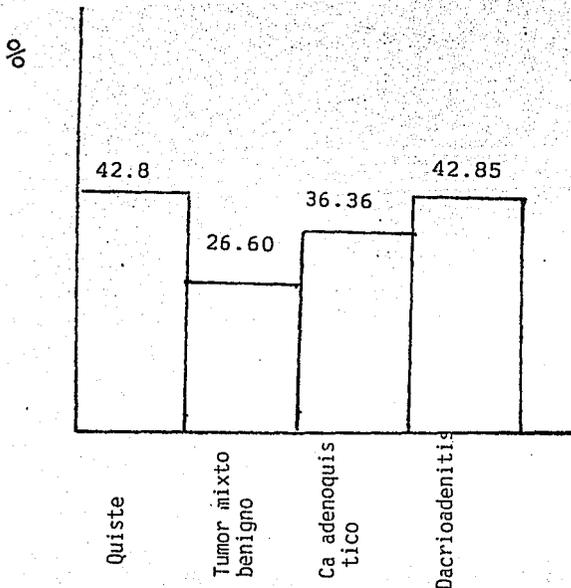
TUMOR	EDAD PROMEDIO	NO. FEMENINO %	NO. MASCULINO
QUISTE DE G.L.	44.87 a.	15 (53.75)	13 (46.42)
TUMOR MISTO B.	36.46 a.	9 (60.00)	3 (40.00)
CA. ADENOQUIST.	34.71 a.	6 (54.54)	5 (38.45)
DACRIOADENITIS	31.25 a.	3 (60.00)	5 (40.00)

El tiempo de evolución en la patología de la glándula lagrimal en promedio fué de 2.90 años.

La certeza en el diagnóstico clínico de estas lesiones la podemos verificar en la gráfica número cinco.

GRAFICA NO. 5

Certeza diagnóstica en patología de la glándula lagrimal.

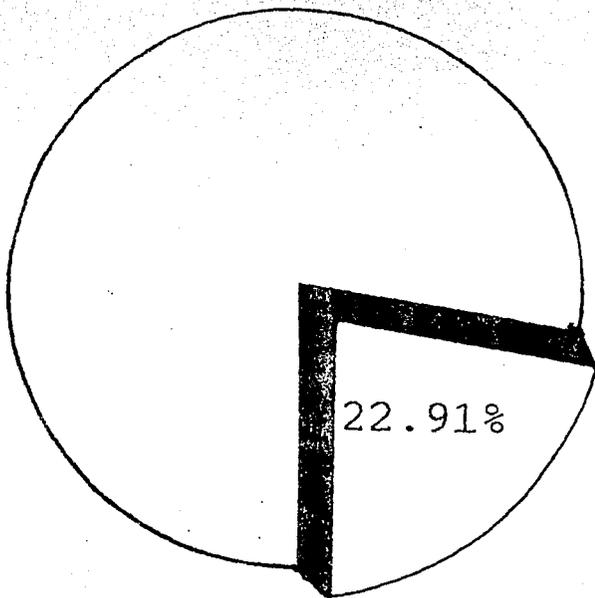


Continuando en frecuencia decreciente, corresponde a los procesos linfoproliferativos con un 8.46% (48 pacientes) y 7.20% de las biopsias (49). la edad promedio para este grupo fué de 47.25 años, con un ligero predominio por el sexo femenino: 58.13% (28) y masculino 41.66% (20 pacientes).

El tiempo promedio de evolución referido por éstos pacientes fué de 1.6 años, y como podemos observar en la figura número 3, prácticamente sólo una cuarta parte de los pacientes; el diagnóstico fué acorde con el reporte histopatológico.

FIGURA NO. 3

Certeza diagnóstica para procesos linfoproliferativos.



El manejo quirúrgico en estos pacientes fué la resección para el 52.08% (25), biopsia en 19 (39.58%) y la excenteración en 4 (8.33%).

El 7º lugar correspondió a los coristomas, con un 5.73% de los reportes de histopatología (39), con el mismo número de pacientes (6.08%), la edad promedio para este grupo es de 14.25 años, sin predominio por algún sexo, , siendo 20 femeninos (51.28%) y 19 masculinos (48.71%), el tiempo promedio de evolución en este grupo si varió en forma significativa con el resto de los procesos, siendo de 6.8 años, y prácticamente la mitad de estas lesiones 43.58% son diagnosticadas adecuadamente.

El octavo lugar de los tumores primarios de la órbita esta dado por los que se originaron del tejido muscular 5.14%, (35 de los reportes de histopatología) con un total de 32 pacientes (4.94%), basicamente afectando a la edad pediátrica, con una media de 8.4 años, afectando por igual a ambos sexos, es decir 50% para cada uno de ellos, con un total de 16 pacientes, al igual que el grupo previo, existió una franca diferencia en el tiempo promedio de evolución del padecimiento, pero a diferencia del anterior, en este es muy corto dicho período, con un promedio de 4 meses,

El rabdomiosarcoma es el tumor que predominó en éste grupo, correspondiendo al 93.75% (30 pacientes), y sólo 2 de ellos con diagnóstico de mioblastoma (6.25%). el diagnóstico clínico correspondió con el patológico en el 53.12% de los casos,

El manejo quirúrgico de estos pacientes se muestra en la tabla 8.

TABLA NO. 8
Manejo quirúrgico de tumores musculares

PROCEDIMIENTO	NO. CASOS	%
BIOPSIA	11	(34.37)
RESECCION	11	(34.37)
ENUCLEACION	1	(8.35)
EXCENTERACION	9	(28.12)

En 9no lugar corresponde a la displasia Fibrosa,, con un total de 14 pacientes, (2.16%) y 17 biopsias (2.5%), la edad promedio fué de 18.56 años, sin predominio de sexo: 50% (7 pacientes) del sexo femenino y 7 pacientes (50.00%) del sexo masculino, El tiempo promedio del padecimiento fue 2.4 años, con una certeza diagnóstica de 42.85%. De las muestras estudiadas, 12 corresponden a resección del tumor (70.58%) y las 5 restantes (29.47%) a biopsia.

El décimo lugar esta dado con igual número de casos estudiados histopatologicamente, 9 (1.32%) de 9 pacientes (1.39%), con tumores de tejido adiposo, de ellos el 100% histopatológicamente correspondió a lipoma, y el otro grupo es el cartilaginoso, cuyos diagnósticos de patologia se enumeran en la tabla 9.

TABLA NO.9
Tumores de tejido cartilaginoso y su frecuencia.

TUMOR	NO. CASOS	%
CONDROMA FIBROMIXOIDE	2	(22.00)
CONDROMA	5	(55.55)
CONDROSARCOMA	2	(22.00)

La distribución por sexo para ambos grupos se muestra en la tabla número diez.

TABLA NO. 10
Distribución de sexo en tumores de grasa y cartilago.

TUMOR	NO. FEMENINOS %	NO. MASCULINOS %
T. CARTILAGINOSO	3 (42.85)	4 (57.14)
T. GRASO	5 (55.55)	4 (44.44)

El diagnóstico clínico fué acorde con el de patología en el . % de las lesiones y una cuarta parte 22.22% para las de cartilago. El 100% de los tumores de tejido grado fueron resecaados, de las de tejido cartilaginoso: los condrosarcomas fueron excenterados, los cuales previamente se les había practicado biopsia diagnóstica (22.22%), y los 5 casos con diagnóstico de condroma fueron resecaados. (55.55%).

A
Unicamente el 1.08% de los pacientes (7) y 1.02% de las biopsias (7), detectamos para las lesiones originadas del tejido óseo, ocupando así el décimo primer lugar de tumores primarios, la edad promedio de éste grupo fué 35.5 años con predominio del sexo masculino, 5 pacientes (7.42%) y sólo 2 pacientes del sexo femenino (28.57%). Los diagnósticos de patología son los de quiste aneurismatico en un paciente (14.28%), callo óseo en un paciente (14.28%), hiperostosis en el 14.28% (1 paciente) y osteoma en el 57.14% (4 pacientes). La certeza diagnóstica para éste grupo fué de 57.15%. Una de estas muestras corresponde a una biopsia (14.28%) y las 6 restantes a el estudio de las piezas resecaadas (85.71%).

El décimo segundo lugar lo ocupa el teratoma con 4 casos (0.16%), afectando al sexo femenino en un 25% (1 caso) y el 75% (3casos) al sexo masculino, solo uno de estos paciendes fué diagnosticado adecuadamente previo al manejo quirurgico (25.00%), a tres de ellos se le realizó la resección del tumor (75.00%) y el otro fué excenterado (25%).

Sólo un caso de teratoma fué diagnosticado adecuadamente, es decir en un 25%.

Finalmente el treceavo lugar fué al grupo de paracitosis (0.46%), el 100% de los casos se trató de cisticercosis, y los tres casos fueron manejados mediante resección del parásito, en sólo un caso se acertó en el diagnóstico (33.33%).

Por la frecuencia en que se extienden los tumores a la cavidad orbitaria desde estructuras vecinas, requieren de especial atención, su ocurrencia fué en el 19.82% (127 pacientes), con 127 biopsias (18.67), de éstos el retinoblastoma sin duda es el más frecuente, ocupando el 62.99% (80 pacientes), siguiendo en orden de frecuencia está el carcinoma epidermoide en el 14.92% (19 casos), el melanoma 11.81% (15 pacientes), carcinoma basocelular en el 4.72% (6 pacientes), carcinoma de glándula de meibomio en tres pacientes (2.36%).

El promedio de edad varió en forma importante para cada grupo de tumor, y la distribución por sexo la podemos observar en la tabla número 11.

TABLA NO. 11
Tumores que se extienden a la órbita. Distribución por edad y sexo

TUMOR	EDAD PROMEDIO	NO. FEMENINO	%	NO. MASCULINO	%
RETINOBLASTOMA	3.78 años	39	(48.75)	41	(51.25)
CA EPIDERMOIDE	66.37 "	7	(36.84)	12	(63.15)
CA BASOCELULAR	70.16 "	3	(50.00)	3	(50.00)
MELANOMA	48.07 "	11	(73.33)	4	(26.66)
CA GLAND MEIB	60.83 "	2	(66.66)	1	(33.33)
OTROS	42.25 "			4	(100.0)

El tiempo de evolución promedio para este bloque de tumores lo podemos observar en la tabla número 12, así como la certeza diagnóstica en los mismos.

TABLA NO 12
Extensión a la órbita. Tiempo de evolución y certeza diagnóstica

TUMOR	TIEMPO EVOLUCION	CERTEZA DX.
RETINOBLASTOMA	8 meses	85.00%
CA EPIDERMOIDE	1.95 años	47.36%
BASOCELULAR	5.50 años	100.00%
MELANOMA	3.38 años	93.33%
CA GLAND MEIB	2.30 años	66.66%

el manejo quirúrgico de éstos pacientes se puede observar en la tabla número 13.

TABLA NO. 13
Manejo quirúrgico de tumores que se extienden a la órbita.

TUMOR	BIOPSIA	RESECCION	EVISCERACION	ENUCL.	EXCENT.
RETINOBLASTOMA	1 (1.25%)	1 (1.25%)	1 (1.25%)	57 (71.25%)	20 (25.00%)
CA EPIDERMOIDE	10 (52.63%)	4 (21.05%)	-	-	5 (26.31%)
CA BASOCELULAR	-	3 (50.00%)	-	1 (16.66%)	2 (33.33%)
MELANOMA	6	-	-	11 (57.89%)	4 (21.05%)
CA GLAND MEIB	-	-	-	1 (33.33%)	2 (66.66%)
OTROS	-	4	-	-	-

Finalmente presentamos el grupo de tumores metastásicos, con un total

de 17 pacientes (2.62%), a los cuales se les practicó un total de 17 estudios de histopatología (2.5%), la edad promedio para ellos fué de 43.73, con predominio del sexo masculino en 70.58% (70 pacientes), y sólo el 29.41% del sexo femenino (5 pacientes)

El sitio primario de éstos tumores que observamos metastásis en mayor frecuencia, fué el de glandula mamaria en 4apacientes (23.52%), seguido por el de glándula prostática en dos pacientes (11.75%), el Ca epidermoide en el mismo número de casos así como el sarcoma de partes blandas, como podemos apreciar en la tabla número 14, existen otros sitios que dieron origen a metastásis en menor frecuencia.

El tiempo primedio de evolución en estos pacientes fué extremadamente corto, es decir 3 meses, con una certeza diagnóstica de 17.64%.

TABLA NO. 14
Frecuencia de tumores metatásicos.

TUMOR	NO. CASOS	%
ACA MAMARIO	4	(23.52)
ACA PROSTATICO	2	(11.76)
CA EPIDERMOIDE	2	(11.76)
SARCOMA DE PARTES BLAN	2	(11.76)
ACA TUBO DIGEST.	1	(5.88)
CA DE PULMON	1	(5.88)
MIOBLASTOMA	1	(5.88)
TUMOR GRIS HIPERPARA.	1	(5.88)

DISCUSION.

La frecuencia de procesos ocupativos de la órbita varía ampliamente de series a series, dependiendo básicamente del material estudiado, es decir si se revisó material de patología o expedientes clínicos,

Como podemos apreciar en nuestro estudio, la sintomatología que refieren los pacientes es muy similar en todos los tumores, y estos son básicamente la proptosis, la presencia de una tumoración, trastornos visuales, que van desde una moderada disminución de la agudeza visual hasta la no percepción en éste estudio observamos que la presencia de leucocoría ocurrió en forma importante, sin embargo este dato es básicamente de los retinoblastomas y en algunos casos de melanoma, es decir de lesiones intraoculares que invaden la órbita.

Nosotros encontramos como grupo de tumores más frecuente a los de origen nervioso (12.03%), comparado con Shields, quien lo reporta como la tercera causa, y de éste grupo, al igual que él, el meningioma es el tumor más frecuente, pero no del total de tumores, y en cuanto a sexo y edad, esta de acuerdo a lo descrito en la literatura.

De éste mismo grupo de tumores nerviosos, el que se presentó en la edad pediátrica con mayor frecuencia fué el glioma. Henderson ha reportado 2.5% de frecuencia para este tumor, cifra más elevada con respecto a la nuestra (1%).

Las lesiones quísticas, en los trabajos realizados por Henderson y en los de Shields (series más grandes reportadas), ocupan la causa más frecuente de proptosis, en nuestro estudio, como grupo ocupan la segunda causa, sin embargo el mucocele es la lesión más frecuente de los tumores orbitarios (10.58%), muy similar a lo encontrado por Palmer (10%).

Ocupando el 9.8% de los procesos ocupativos de la órbita están los tumores vasculares, siendo la tercera causa, y de éstos, el hemangioma cavernoso es el más frecuente en la edad adulta, y en desacuerdo con la literatura, encontramos al linfangioma ser el tumor más frecuente en la edad pediátrica, esto es debido a que los hemangiomas capilares (tumor vascular más frecuente en la edad pediátrica) se presentan en el primer año de vida y tienden a la remisión, siendo muy pequeño el grupo de éstos pacientes que requiere un procedimiento quirúrgico, es por esto que cuando se trata de estudios clínicos como el de Barrett, su frecuencia es mucho más grande.

La frecuencia que afectó a la glándula lagrimal es de 9.4% para nuestro estudio, muy similar a lo encontrado por Shields, sin embargo él describe que el 47% de las lesiones de la glándula lagrimal son procesos inflamatorios, nosotros observamos con mucho a las lesiones quísticas, y solo 3 casos de dacrioadenitis.

Las lesiones de origen linfóide en nuestro medio fué de 8.47%, más frecuente que la serie de Shields (5%) y muy similar a la Henderson (9.4%).

De los hallazgos más relevantes en nuestro estudio, es la frecuencia con la que el retinoblastoma invade la órbita, siendo 80 casos, que corresponde al 11.76 de todos los tumores, es sin duda el más frecuente, tanto de lesiones primarias como secundarias, comparando este resultado con la serie de Shields, donde estudia únicamente grupo pediátrico, él encontró sólo 10 casos de retinoblastoma que invade la órbita (4%), esta notable diferencia podría ser atribuible a factores étnicos y hereditarios de nuestra población.

Como podemos observar, el 51.98% el diagnóstico de estos procesos ocupativos de la órbita fué acertado clínicamente, incrementándose notablemente en los últimos años. esto sin duda es debido a que en la actualidad contamos c

con estudios como la Tac y la RMN, en la que la nitidez es mayor, así como su resolución.

El tumor que mayor certeza diagnóstica presentó en el preoperatorio es el mucocele (8.26%), y la patología con la que más se confunde es el quiste dermoide, el 2do lugar de certeza diagnóstica corresponde al hemangioma (64.%) confundiendo frecuentemente con el meningioma.

El mioblastoma, aunque sólo se detectaron dos casos, es el de menor certeza diagnóstica, seguido por el neurilemoma (15.38%), esto podría ser atribuible a que son lesiones poco frecuentes y muy poco se sospecha de ellas.

De los tumores secundarios, el basocelular (100%) seguido por el retinoblastoma (85%) son los que mayor certeza diagnóstica tienen, estas cifras son bastante elevada, probablemente se deba a que como son lesiones primarias de otro sitio, tal vez ya se contaba con el diagnóstico.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio es de las series más grandes realizadas hasta el momento.

La gran mayoría de las lesiones tumorales corresponden a lo reportado en la literatura en cuanto a distribución por edad y sexo.

La lesión primaria más frecuente es el mucocele, y secundaria el retinoblastoma. La certeza diagnóstica se ha incrementado por el apoyo en los estudios paraclínicos como la TAC y la RMN.

El tumor primario de diagnóstico más fácil es el mucocele, y de los secundarios el Ca epidermoide, seguido por el retinoblastoma.

Los tumores de mayor dificultad diagnóstica son los mioblastomas, seguidos por el neurilemoma.

Las lesiones que tuvieron un tiempo de evolución más corto son los rabdomiosarcomas en los primarios y los metastásicos para los secundarios.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Lucas, D (1989) Tumours of the orbit. Greer's Ocular Pathology, 4.241.
- 2.- Hornblass, A. Oculoplastic, Orbital and Reconstructive Surgery, 1a ed. New York: William y Wilkins, 1990 pp 975-1053.
- 3.- Shields, JA. Bakewell, B. and et al. Clasification and Incidence of Space-Occupying lesions of the orbit. Arch Ophthalmol 1984 Nov;102:1606-11.
- 4.- Henderson, JW.: Orbital Tumors. Philadelphia: Saunders 1973.
- 5.- Volpe, NJ. Jakobiec, FA. Pediatric Orbital Tumors. Pediatric Ophthalmology 1992;32: 201-239
- 6.- Shields JA. Bakewell, B. Augsburger, JJ. Space-occupying Orbital Masses in children. Ophthalmol 1986 Mar;93: 379-384.
- 7.- Duane's. Clinical Ophthalmology. Philadelphia: Eippincott, 1991.
- 8.- Silva D. Orbital Tumors. Am J Ophthalmol 65;1968: 3318-339.
- 9.- Jakobiec FA. Ellsworth, RM. Capillary Hemangioma of the lids and Orbit: an analysis of the clinical features and therapeutic results in 101 cases. Ophthalmol May 1979;86: 760-792.
- 10.- Flanagan JC. Vascular Problems of the orbit: ophthalmol May 1979;86:896-13
- 11.- Ilife WJ. Orbital Lymphangiomas. Ophthalmol May 1979;86: 914-926.