



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO DE OFTALMOLOGÍA
"FUNDACIÓN CONDE DE VALENCIANA"

Lesiones de párpado y carúncula
La necesidad de tener una adecuada base de datos
computarizada para la realización de análisis
retrospectivos

TESIS DE POSGRADO

Que para obtener el diplomado de especialidad en
OFTALMOLOGÍA

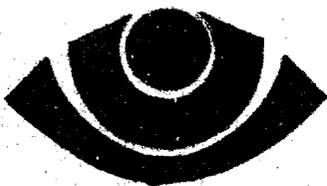
Presenta el
Dr. Ricardo Roberto García Bastarrachea

DIRECTOR DE TESIS:
Dr. Oliver Paul Schneider Ehrenberg

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Schneider', with the date 'Jun 07' written below it.

MÉXICO, D.F.

2007





Universidad Nacional
Autónoma de México

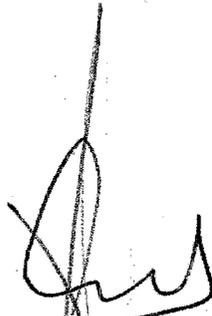


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

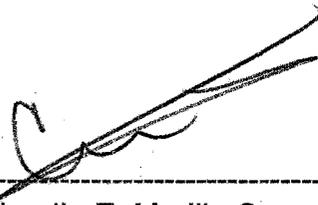
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

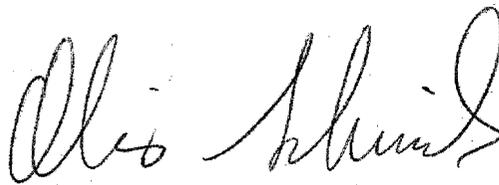
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



Dr. Enrique L. Graue Wiechers
Profesor Titular del Curso



Claudia E. Murillo Correa.
Jefa de Enseñanza



Dr. Oliver Paul Schneider Ehrenberg
Director de Tesis



**INSTITUTO DE
OFTALMOLOGIA**

FUNDACION CONDE DE VALENCIANA

JEFATURA DE ENSEÑANZA

Chimalpopoca 14 México 8, D. F.

Cel. Obrera

INDICE

1.-INTRODUCCIÓN.....	7
1.1.-Antecedentes científicos:.....	7
1.1.1.-Hojas de cálculo.....	7
1.1.2-Escalas de medición epidemiológica:.....	8
1.1.2.1.-Escalas no paramétricas:.....	8
1.1.2.1.1.-Escala nominal:.....	8
1.1.2.1.2.-Escala ordinal:.....	9
1.1.2.2.-Escalas paramétricas:.....	9
1.1.2.2.1.-Escala binaria:.....	9
1.1.2.2.2.-Escala numérica:.....	9
1.2.-Lesiones de la carúncula:.....	10
1.2.1.-Aspectos básicos de la carúncula:.....	10
1.2.2.-Evaluación clínica de lesiones de carúncula:.....	11
1.2.3.-Papiloma.....	12
1.2.4.-Lesiones pigmentadas de carúncula:.....	13
1.2.5.-Lesiones quísticas:.....	13
1.2.6.- Granuloma piogeno:.....	14
1.3.-Lesiones de los párpados:.....	15
1.3.1.-Aspectos básicos:.....	15
1.3.2.-Evaluación clínica de lesiones de párpado:.....	16
1.3.3.-Lesiones frecuentes de los párpados:.....	17
1.3.3.1.-Carcinoma de Células Basales.....	17
1.3.3.2-Carcinoma de células escamosas:.....	20
1.3.3.3-Carcinoma de glándulas sebáceas:.....	21
1.3.3.4.-Hemangioma cavernoso:.....	22
1.3.3.5. Hemangioma capilar:.....	22
1.3.3.6.-Nevo:.....	24
1.3.3.7.-Melanoma:.....	27
1.3.3.8.- Granuloma piogeno:.....	27
1.3.3.9.-Quiste dermoide:.....	27
1.3.3.10.-Verruga vulgar:.....	28
1.3.3.11.-Chalazión:.....	29
1.3.3.12.-Quiste de inclusión epitelial.....	29
2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	30
3.- OBJETIVOS.....	31
4.-JUSTIFICACIÓN.....	32
5.-DISEÑO DEL ESTUDIO.....	32
6.-MATERIAL Y MÉTODOS.....	33

7.-RESULTADOS.....	35
7.1.-Resultados de lesiones de carúncula:.....	35
7.1.1.-Lesiones Inflammatorias.....	35
7.1.2.-Tumores quísticos de carúncula.....	35
Tabla 1.....	36
Carúncula.....	36
Correlación entre diagnostico clínico – diagnóstico patológico.....	36
7.1.3.-Tumores de la superficie epitelial:.....	37
7.1.4.-Tumores pigmentados:.....	37
7.1.5.-Tumores Linfoides:.....	37
Tabla 2.....	38
Carúncula.....	38
Edad: Rango, promedio.....	38
Número de casos, porcentaje.....	38
Género.....	38
Junio de 1990 enero de 1999.....	38
7.2.- Resultados de lesiones de párpado.....	39
Tabla 3.....	39
7.2.1.-Carcinoma Basoescamoso:.....	40
7.2.2.-Carcinoma Basocelular:.....	40
7.2.3.-Carcinoma de células Escamosas.....	40
7.2.4.-Chalazión:.....	40
7.2.5.-Hemangioma:.....	40
7.2.6.-Hiperqueratosis:.....	41
7.2.7.-Inflamación:.....	41
7.2.8.-Nevo:.....	41
7.2.9.-Papiloma.....	41
7.2.10.-Quiste Dermoide:.....	42
7.2.11.-Quiste Epidérmico:.....	42
7.2.12.- Quiste Epitelial:.....	42
7.2.13.-Quiste Sebáceo:.....	42
7.2.14.-Verruga vulgar:.....	42
7.2.15.-Xantelasma:.....	42
Tabla 4.....	43
Hospital conde de valenciana.....	43
Junio de 1990 a enero de 1999.....	43
Tabla 5.....	44
Hospital conde de valenciana.....	44
Junio de 1990 a enero de 1999.....	44
Correlación entre diagnostico clínico – diagnóstico patológico.....	44

8.-DISCUSIÓN	45
8.1.-Discusión de lesiones de carúncula	45
8.1.1.-Comparación con otras series de lesiones de carúncula	47
Tabla 6.....	47
8.1.2.-Lesiones quísticas:.....	48
Tabla 7.....	48
8.1.3.-Papilomas:	48
Tabla 8.....	48
Lesiones de la superficie epitelial.....	48
Comparación:.....	48
8.1.4.-Lesiones pigmentadas:.....	49
Tabla 9.....	49
Lesiones pigmentadas	49
Comparación.....	49
8.1.5.-Lesiones linfoides:.....	50
Tabla 10.....	50
8.2.-Discusión de lesiones de párpado:	51
8.2.1.-Carcinomas del párpado:	53
Tabla 11.....	53
Carcinomas.....	53
Edad: Rango – Promedio.....	53
Número de Casos	53
Junio de 1990 – Enero de 1999	53
8.2.2.-Lesiones vasculares:.....	54
Tabla 12.....	54
Lesiones vasculares	54
Edad: Rango – Promedio.....	54
Número de Casos	54
Junio de 1990 – Enero de 1999	54
8.2.3.-Lesiones quísticas de párpado:.....	55
Tabla 13.....	55
Lesiones quísticas de los párpados	55
Edad: Rango – Promedio.....	55
Número de Casos	55
Junio de 1990 – Enero de 1999	55
8.2.4.-Chalazión:	56
Tabla 14.....	56
Chalazión.....	56
Edad: Rango – Promedio.....	56
Número de Casos	56

Junio de 1990 – Enero de 1999.....	56
8.2.5-Hiperqueratosis	56
Tabla 15.....	56
Hiperqueratosis.....	56
Edad: Rango – Promedio.....	56
Número de Casos.....	56
Junio de 1990 – Enero de 1999.....	56
8.2.6-Inflamación:.....	57
Tabla 16.....	57
Inflamación	57
Edad: Rango – Promedio.....	57
Número de Casos.....	57
Junio de 1990 – Enero de 1999.....	57
8.2.7.- Nevo:.....	58
Tabla 17.....	58
Nevo	58
Edad: Rango – Promedio.....	58
Número de Casos.....	58
Junio de 1990 – Enero de 1999.....	58
8.2.8-Papiloma.....	59
Tabla 18.....	59
Papiloma.....	59
Edad: Rango – Promedio.....	59
Número de Casos.....	59
Junio de 1990 – Enero de 1999.....	59
8.2.9-Verruga vulgar:.....	60
Tabla 19.....	60
Verruga vulgar	60
Edad: Rango – Promedio.....	60
Número de Casos.....	60
Junio de 1990 – Enero de 1999.....	60
8.2.10-Xantelasma:	60
Tabla 20.....	60
Xantelasma.....	60
Edad: Rango – Promedio.....	60
Número de Casos.....	60
Junio de 1990 – Enero de 1999.....	60
Tabla 21.....	61
LESIONES DE PARPADO.....	61
Comparación con otra serie.....	61

9 -CONCLUSIONES.....	62
9.1.-Carúncula:.....	62
9.2.-Párpado:.....	62
9.3.-Hoja de cálculo:.....	63
10.-BIBLIOGRAFÍA:	64
10.1.-Referencias de la Introducción:	64
10.4.- Otras publicaciones de técnica de investigación:.....	68

1.-INTRODUCCIÓN.

1.1.-Antecedentes científicos:

1.1.1.-Hojas de cálculo

¿Que es una hoja de cálculo?

En el mundo informático existen multitud de programas de aplicación. Cada tipo de programa permite a las personas efectuar tareas más rápido y con más precisión. De esta forma podemos decir que dichos programas vienen a sustituir a otras herramientas que quedaron anticuadas. Por ejemplo, un programa de textos sustituye con ventaja a una máquina de escribir, un programa de base de datos sustituye con ventaja a los ficheros de datos basados en fichas de cartulina, sustituye las fichas Autor-Materia, para organizar información de temas, autores, fuentes bibliográficas, etc. Microsoft Excel es un programa del tipo Hoja de Cálculo u hoja electrónica.

¿Para qué sirve una hoja de cálculo?

Una hoja de cálculo permite efectuar cálculos sencillos y complejos con rapidez y precisión. Además permite simular situaciones con el objeto de efectuar análisis sobre las mismas. Una hoja de cálculo sustituye con grandes ventajas a las calculadoras normales, científicas y financieras, proporcionando además la interfaz más adecuada para el tratamiento de problemas numéricos que la simple pantalla de diez dígitos que proporcionan la mayoría de las calculadoras.

Maneja números y fórmulas. La información básica que manejan las hojas de cálculo son informaciones numéricas que pueden estar relacionadas entre sí mediante fórmulas u operaciones matemáticas. Una hoja de cálculo contiene 256 columnas, que se rotulan con letras (desde la "A" a la "IV"), y las filas con números (del 1 al 65.536), lo que da un total de 16.777.216 celdas por hoja de cálculo. Otra ventaja que podemos aplicar y aprovechar es la de transformar información de una tabla de información en gráficas.¹

Introducción

1.1.2-Escalas de medición epidemiológica:

Una particularidad del método científico, es la medición, de la cual la observación de un hecho o serie de hechos se induce una teoría y de la teoría se deducen una serie de conclusiones que son sometidas a experimentación.²

Característicamente la medicina científica se esfuerza permanente por observar objetivamente la realidad. En este proceso de observación se pasa por distintas etapas de complejidad. La primera etapa de dicha observación consiste en clasificar los objetos que se estudian, de acuerdo con la presencia o ausencia de algún atributo. No puede desarrollarse la *cuantificación* adecuada de un problema si no se a pasado antes por una etapa de *cualificación*, es decir una etapa en donde las cualidades o atributos de los objetos hayan sido suficientemente estudiados y reconocidos. En una segunda etapa se logra establecer una relación entre los objetos estudiados de acuerdo con la intensidad con que presentan el atributo en cuestión.²

En su etapa final la observación lleva a medir la intensidad del atributo en una escala numérica.²

1.1.2.1.-Escalas no paramétricas:

Métodos cuyos procedimientos no precisan la estimación de parámetros ni ninguna ley de probabilidad en la población de la que se extrae la muestra.³

Son más fáciles de aplicar que las alternativas paramétricas; al no exigir ninguna condición suplementaria a la muestra de una población.

Son más generales que las paramétricas.³

Entre las escalas no paramétricas, tenemos las escalas nominales, y escalas ordinales, que se describen a continuación.

1.1.2.1.1.-Escala nominal:

La clasificación más elemental que establece grupos de acuerdo a la presencia o ausencia de un atributo o característica.

Funcionan como simples etiquetas, es decir, la cantidad u otras propiedades aritméticas carecen de sentido.

Ejemplos:

Razas, (Blanco, Negro, Mestizo, Oriental, Etcétera)

Religión, (Católico, Judío, Musulmán, Etcétera)

La clasificación internacional de enfermedades.

Características:

Asigna los objetos por identidad.

Datos categóricos (exclusivos).

Relación de igualdad.³

Introducción

1.1.2.1.2.-Escala ordinal:

El objeto de esta escala es proporcionar valores para ordenar, clasificar, dar valor predicativo en caso de enfermedades etcétera. Es más refinada que la escala nominal.² Tiene un sentido de progresión.

Ejemplos:

a.-Podemos ordenar a los pacientes por su clase social, asignado el valor 1 a los de clase baja, el 2 a los de clase media, y 3 a los de clase alta.

b.-Clasificación Apgar de recién nacido.

c.-Grados de cáncer.

Características:

Diferencia los objetos en posición.

Ausencia del concepto de cantidad.

Magnitudes relativas.

Relación de orden.

Relación de igualdad.³

1.1.2.2.-Escala paramétrica:

Estimación de escalas como la binaria, y la numérica.

Establece grupos en la población de forma objetiva.

Asumiendo la normalidad de la población, o la igualdad de varianzas de dos poblaciones.³

1.1.2.2.1.-Escala binaria:

Clasificación que establece grupos mas grandes que la escala nominal, utilizando el sistema binario, por ejemplo en caso de cáncer de pulmón, la tos con sangrado, la hepatomegalia, lesión en hueso, son características que califican con "0" y "1" cuando no estan presentes o si lo están respectivamente.^{4,5}

Escala Binaria: Consiste en preguntas con respuesta sí o no (¿se ha aliviado su dolor , si o no). Son fiables pero pierden información.^{4,5}

1.1.2.2.2.-Escala numérica:

Es la escala más desarrollada, mas objetiva, ejemplos:

a.-Peso en gramos.

b.-Cuantificación de leucocitos.

c.-Talla en centímetros

Se le pueden aplicar estadística (Media, Varianza, Proporción, etc.)²

Introducción

1.2.-Lesiones de la carúncula:

Son poco comunes, el primer reporte de estas lesiones se remonta a 1894, Von Graefe, hizo la primer serie. Siguen siendo pocas las series de este tipo publicadas.^{7, 8, 9, 10}

1.2.1.-Aspectos básicos de la carúncula:

La carúncula lagrimal es un pequeño relieve conjuntival ovalado situado en la fosa lagrimal, medial a la plica semilunaris, junto al canto interno palpebral. Está cubierta por un epitelio estratificado similar al de la piel, pero sin queratina.^{6, 7} Como la piel, contiene pelo y glándulas sebáceas y sudoríparas, pero, al contrario que esta, también contiene glándulas lagrimales accesorias.^{7, 8} Embriológicamente se desarrolla de manera independiente al final del tercer mes, después de que los párpados se han fusionado. Este desarrollo es debido a una proliferación del epitelio de la cara posterior de la parte interna del párpado inferior cercana al borde libre cuyo crecimiento se detiene por el desarrollo del canalículo inferior. Más tarde, en el cuarto mes, se desarrollan folículos pilosos y glándulas sebáceas, pero el tejido adenoideo y las criptas no aparecen hasta el nacimiento.⁸ La función de la carúncula es la de retener la lágrima, ya que forma parte del lacus lagrimalis, para que pase a través de los puntos lagrimales. Su equilibrio es tan delicado que pequeñas alteraciones de la morfología del lacus pueden provocar epífora, como puede ocurrir tras la remoción de lesiones. También participa en la secreción mucosa.^{7, 8}

La carúncula, esta formada de una membrana mucosa y estructuras cutáneas, puede desarrollar tumores a partir de estos elementos. Además, como está expuesta a la radiación solar, ésta puede ser un factor importante en el desarrollo de algunos tumores.⁹ La mayoría de las series de carúncula reporta que son lesiones de naturaleza benigna hasta en un 95%.⁶⁻¹⁰ En jóvenes, papilomas, nevos y granulomas de inclusión, producen tumores en la carúncula, Existen reportes de lesiones de epitelio de tejido glandular, como glándulas salivales, hígado, páncreas, que no se había encontrado en carúncula (Oncocitoma)¹¹ Las lesiones malignas que mas involucran la carúncula son carcinoma de células sebáceas y de células basales.^{7, 8, 9, 10.}

Introducción

1.2.2.-Evaluación clínica de lesiones de carúncula:

Antecedentes:

Filiación: La edad de aparición es un antecedente relevante, las lesiones de carúncula aparecen a cualquier edad. Las lesiones mas frecuentes en estudios previos (papiloma, y nevo) aparecen al final de la tercera y principio de la cuarta décadas de la vida.⁷⁻¹⁰

Enfermedades personales, síndrome de ojo rojo crónico, antecedentes de traumatismos, cirugía. Enfermedades familiares, hacer hincapié en cáncer

Tiempo de evolución: Interrogar enfermedades personales y familiares, hacer hincapié en cáncer y terapia con radiación.^{7-10.}

Inspección: Tomar en cuenta tamaño de la lesión, coloración, localización, apariencia, características de la superficie epitelial, como cualquier epitelio es recomendable teñir con florosceína, y comparar siempre ambos carúnculas.

La presencia ó ausencia de *sangrado*, ulceración, cambios de coloración y

De los hallazgos importantes a la exploración en la lámpara de hendidura son: Cambio en la orientación de las cilias, alteración de la forma, cambios de pigmentación.⁷⁻¹⁰

Palpación Se puede hacer una palpación de forma indirecta, como con un hisopo, con la finalidad de saber si e encuentra adherida en la superficie, o de forma mas profunda, si es sésil o con pedículo. Debemos incluir ganglios linfáticos. Se debe descartar evidencia de involucro sistémico, especialmente si estamos ante una lesión pigmentada y pensamos en melanoma de carúncula.⁷⁻¹⁰

Las lesiones de la carúncula son de las que se mandan al laboratorio de patología ocular., de forma poco frecuente⁷⁻⁸

Introducción

1.2.3.-Papiloma

Apariencia clínica:

Los papilomas son habitualmente pedunculados, pero los hay sesiles, frecuente en personas jóvenes, de color rojo, pero pueden estar pigmentadas.^{7,8}

Etiología:

Se ha demostrado la presencia de antígeno de virus de papiloma y secuencias de la misma cadena de DNA, similares a las verrugas de la piel.^{14,15}

Histología:

Epitelio acantótico cubierto de tejido fibrovascular en floridas proyecciones digitales.^{6,7,8}
El epitelio tiene una apariencia regular, contienen vasos, y estructuras fibrovasculares rodeadas por un epitelio.^{12,13}

Tratamiento:

Se deben tratar como una neoplasia intraepitelial mediante resección y crioterapia añadiéndose tópicamente un antimitótico como la mitomicina C en el postoperatorio.^{12,13}

Pronóstico:

Puede alcanzar un grado de displasia (lesión premaligna) que le convierta en carcinoma in situ, por lo que se le debe realizar seguimiento. Comúnmente recurren después de remoción quirúrgica,¹²

Suele hacerse diagnóstico clínico correcto al compararlo con el diagnóstico de patología.^{12,13}

Introducción

1.2.4.-Lesiones pigmentadas de carúncula:

1.2.4.1.-Nevos:

Definición

Lesiones benignas constituidas por células névicas, de color café o negro que histológicamente pueden agruparse en nidos, cordones o tecas.^{6, 16,17}

Significado:

La palabra nevo proviene del latín naevus, que significa marca del nacimiento y está relacionado con natus = nacer. Esta palabra se emplea comúnmente para designar las manchas o marcas sobre la piel.¹⁶

Apariencia clínica:

Variable, va desde lesiones planas pigmentadas, hasta lesiones de apariencia quística con pigmento ó sin el, y el tamaño de la lesión es muy variable.^{6,16}

Clasificación:

Las lesiones melanocíticas se pueden clasificar tomando en cuenta diferentes parámetros: aspecto clínico, características histológicas y si se presentan o no desde el nacimiento, es decir un parámetro cronológico.

La clasificación se cita en el apartado de lesiones pigmentadas de los párpados para evitar repeticiones. (Ver página 30)

1.2.5.-Lesiones quísticas:

Quistes de inclusión epitelial:

Etiología:

Lesiones en las que es común el antecedente de trauma quirúrgico en cuyo caso existe reacción a material de sutura. ó transferencia de células epiteliales debajo de la conjuntiva, también se puede producir por otro tipo de trauma no quirúrgico o efecto inflamatorio.¹⁶

Tratamiento:

Puede ceder con tratamiento tópico, a base de esteroides. cuando es necesaria su remoción en quirófano, debe incluir la pared del quiste, para evitar que la lesión retorne.¹⁶

Introducción

1.2.6.- Granuloma piogeno:

Lesión de apariencia elevada, de un color intenso, rojizo, pediculado.

Etiología:

El granuloma piogeno se forma cuando la cápsula de Tenon prolapsa a través de una incisión de conjuntiva, y cuando esto sobreviene, se forma una exuberante granulación de tejido.¹⁷

Histología:

Constituida por macrófagos, que provienen de monocitos circulantes o bien están distribuidos estratégicamente en los tejidos. Los leucocitos de los llamados polimorfo nucleares, de entre 12 y 18 μm , es el tipo de leucocito más abundante en la sangre. Se presenta del 40 al 75%, se caracterizan por presentar un núcleo con cromatina compacta segmentada en 2 a 5 lóbulos conectados por delgados puentes. Su citoplasma contiene abundantes gránulos finos color púrpura que contienen abundantes enzimas destructoras, así como una sustancia antibacteriana llamada fagocitina, Es una célula muy móvil y su consistencia moldeable le facilita atravesar las paredes de los vasos sanguíneos y migrar hacia los tejidos para destruir microbios y responder a estímulos inflamatorios, fenómeno conocido como diapédesis.

La principal función de los neutrófilos es la de detener o retardar la acción de agentes infecciosos o materiales extraños. Su propiedad más importante es la fagocitosis y son capaces de ingerir bacterias y pequeñas partículas.

1.3.-Lesiones de los párpados:

1.3.1.-Aspectos básicos:

Los párpados están formados en su porción inferior cerca de la porción marginal, o borde libre por piel, orbicular, tarso y conjuntiva tarsal.^{19, 20, 21.}

Por debajo del borde adherente del tarso, la aponeurosis aparece corriendo por delante del tarso y entonces a este nivel hay 5 capas, piel, orbicular, aponeurosis del músculo elevador del párpado, el tarso y la conjuntiva tarsal.^{19, 21}

Por arriba de la placa tarsal, se pierde por supuesto el tarso y se gana una estructura, el músculo de Müller y la Fascia Tarsoorbitaria, ó Séptum orbitario. A este nivel y tiene Piel, orbicular, séptum orbitario, aponeurosis del elevador, músculo de Müller, y conjuntiva. Además corriendo de forma paralela está un elemento muy importante con relación al borde adherente del tarso, la arcada vascular periférica del párpado.^{21.}

Entre borde adherente del párpado y borde óseo de la órbita aparece otro elemento, la grasa preaponeurótica, y tenemos aquí los siguientes elementos: Piel, orbicular, séptum orbitario, grasa preaponeurótica, aponeurosis del elevador, músculo de Müller y conjuntiva²¹

Los párpados constituyen la protección de los ojos al medio ambiente, por el efecto mecánico del movimiento, la acción de glándulas que vierten diferentes secreciones, gracias a lo anterior protegen al globo de los embates del medio y a la córnea de la desecación²¹

La protección inicia desde las cilias de los párpados, las pestañas y las cejas. Cada pestaña tiene una inervación con un bajo umbral de excitación, que produce el parpadeo reflejo. Cada folículo piloso de las pestañas está rodeado por una glándula sebácea de Zeiss. El párpado produce la grasa de la lágrima por medio de las glándulas de meibomio, con relación a las pestañas. La secreción acuosa de la lágrima es producida cerca del borde adherente del tarso, producidas por las glándulas de Wolfring. En los fondos de saco se encuentran las glándulas de Krause.^{19, 20, 21}

La mayor movilidad la tiene el párpado superior por el músculo elevador del párpado, y por el músculo de Müller. La inervación del Elevador esta dada por el III par craneal, y el sistema simpático inerva al músculo de Müller.^{19, 20, 21}

Introducción

1.3.2.-Evaluación clínica de lesiones de párpado:

Antecedentes importantes para el diagnóstico de las lesiones de párpado son: Tamaño, localización, apariencia, edad de aparición, velocidad de crecimiento, presencia ó ausencia de sangrado, ulceración, cambios de coloración y antecedentes como cáncer y terapia con radiación.¹⁹

Los hallazgos importantes a la exploración en la lámpara de hendidura son: Cambio en la orientación de las pestañas, alteración de la forma, y posición de los orificios de las glándulas de meibomio, incluso su destrucción en el área de la lesión.^{19,20}

Las pestañas pueden ser mutiladas o destruidas por inflamaciones crónicas, pero la destrucción de glándulas de meibomio suelen ser exclusivas de procesos malignos del párpado. Las lesiones cercanas al punto lagrimal, deben ser de cuidado especial, para descartar si esta incluido en el proceso morboso la vía lagrimal, por lo que se debe de realizar irrigación de dicha vía.¹⁹

Los movimientos oculares son relevantes por que pueden indicarnos un involucro de músculos extra oculares y/o de la órbita.^{20,21}

Se debe realizar palpación a las masas que por su tamaño permitan hacer esta maniobra, con la finalidad de saber si e encuentra adherida a planos profundos e incluso hueso o si es superficial, si es sésil o con pedículo. En palpación debemos incluir ganglios linfáticos. Se debe descartar evidencia de involucro sistémico, hígado, pulmones, huesos, y sistema nervioso.¹⁹

Las lesiones de los párpados son de las que habitualmente se mandan al laboratorio de patología ocular. Y de las lesiones que con mayor frecuencia encontramos son las que se describen a continuación.¹⁹

Introducción

1.3.3.-Lesiones frecuentes de los párpados:

1.3.3.1.-Carcinoma de Células Basales

a) Definición:

Definida por la OMS. El comité de tipificación histológica de tumores de piel como una invasión local, lentamente metastásica de epidermis de células basales de la epidermis.²²

b) Factores de riesgo:

Los factores que se asocian a esta lesión, son personas expuestas al sol por varias horas, como por motivos laborales, albañiles, pescadores, campesinos, etc.

Algunas enfermedades como el albinismo y la xerodermia pigmentosa, en donde los pacientes tienen sensibilidad excesiva a luz ultravioleta se ven más afectados por el carcinoma de células basales, y en negros, en quienes es raro, se presenta cuando su pigmentación excesiva se ve modificada, como en las dos patologías de piel antes mencionadas, (albinismo y xerodermia pigmentosa) Otro factor de riesgo es el vivir cerca del ecuador, en personas de países en donde tienen piel

blanca, aumenta esta enfermedad cuando se mudan a lugares en el ecuador o cerca de él.^{23,24,25,26}

c) Etiología:

Como probable factor que predispone: se mencionan varias opciones; una respuesta inmunológica mediada por células deficientes, inflamación cutánea crónica^{22,23}

Introducción

d) Clasificación:

Existen varios tipos:

1. -Tipo nodular:

Lesión dura aperlada, con telangiectasias en su superficie, histológicamente, existe una proliferación sólida de células basaloideas, típicamente pálidas en la periferia hay diferenciación apócrifa y écrina, mismas que suponen la existencia de pluripotencialidad de estas células.²³

2. -Lesión ulcerativa:

En forma de cráter, con márgenes aperlados, bordes elevados, al centro la úlcera puede tener una apariencia de color miel, a rojizo depende la actividad de dicha úlcera.

3. -morphea:

Aparece como una placa indurada, pálida, es importante ver las características de la superficie de la lesión, la coloración, la presencia de vasos, etcétera.

4. -El carcinoma de células basales esclerosante:

Histológicamente se encuentra mas tejido conectivo en esta variedad, enmarcando islas de tejido conectivo. Es muy agresivo, se extiende mas allá de su apariencia clínica.^{21, 22,23,}

Un probable factor predisponente podría ser una respuesta inmunológica mediada por células deficientes y una inflamación cutánea crónica^{21,22,23}

5.-Carcinoma basoescomoso

Este tipo histológico, también denominado, Carcinoma basocelular metatípico. muestra aspectos de carcinoma basocelular y de carcinoma epidermoide; las células son de mayor tamaño con núcleo pálido y citoplasma eosinófilo y no se observa la empalizada periférica ni la retracción del estroma. Puede existir disqueratosis y perlas córneas escasas. El patrón histológico es infiltrativo y la actividad mitótica suele ser mayor. Este tipo se considera más agresivo que otras variedades de carcinoma basocelular.²²

Para su tratamiento existe una gran variedad de posibilidades, que tiene un porcentaje importante de éxito, desde la remoción quirúrgica, crioterapia, radioterapia, agentes esclerosantes, etc.^{29,30,}

Pronóstico: Depende de el tiempo de evolución, la extensión de la lesión, el grado histológico, el estado inmunológico del paciente. Comúnmente responden al tratamiento, sin embargo hay reportes de defunciones por invasión a cerebro. Es raro y tiene un comportamiento benigno^{22, 24, 25, 31,36}

Introducción

1.3.3.2-Carcinoma de células escamosas:

El Carcinoma de células escamosas es por mucho la menos común de las lesiones malignas de los párpados, entre el 7% y 9% de dichas tumoraciones.³⁹

a) Etiología:

La mayoría de estas lesiones prolifera a partir de lesiones producidas por el sol, como en la queratosis actínica, en personas con poca pigmentación en la piel. Pero la exposición a agentes carcinogénicos, como arsénico, radiación, o bien la predisposición genética (Ej. xeroderma pigmentosum) son también factores importantes.^{32,33}

b) Características clínica:

Esta lesión puede ser parecida a varias tumoraciones de párpado, como úlceras, cicatrices por quemaduras y dermatosis, hiperplasia pseudoepiteliomatosa, queratosis folicular invertida y queratoacantoma., y en cambio las formas papilares son raras. Los signos clínicos del carcinoma de células escamosas, aparecen de forma más rápida que en el carcinoma de células basales, hiperqueratosis focal, lesiones que tienden a ulcerarse³².

c) Complicaciones:

La extensión a órbita es comúnmente precedida de antecedentes de recurrencia de lesiones y tratamientos ó negligencia del paciente. Cuando ya hay invasión a la órbita, tiende a propagarse por la fascia y grasa orbitaria relativamente rápido comparado con el carcinoma de células basales.³²

d) Pronóstico:

Capaz de producir metástasis, comúnmente a la región preauricular y, submandibular. La incidencia de invasión regional va del 1% al 21%. La tasa de mortalidades de aproximadamente 15%.^{32,33}

e) Tratamiento:

El Manejo es comúnmente quirúrgico, Fitzpatrick y cols, reportan una tasa de control del 93%, con radiación, desafortunadamente, este tumor es menos sensible a la radiación que el carcinoma basocelular. Para la invasión orbitaria se recomienda exenteración radical y radioterapia.^{32,33}

Introducción

1.3.3.3-Carcinoma de glándulas sebáceas:

a) Definición:

Tumoración que en párpado que se desarrolla a partir de glándulas de Meibomio y/o Zeis, potencialmente mortal. ^{37, 38, 39, 40}

b) Clasificación:

Por la glándula a partir de la cual se desarrolla se clasifican como Carcinoma de glándulas sebáceas de Meibomio, de Zeis, e indeterminable, cuando es impreciso saber de que glándula se desarrollo. ³⁷⁻⁴⁰

c) Incidencia:

Es rara en la mayoría de los países, pero alcanza hasta una tercera parte de lesiones de párpado en algunas zonas de la China. Otros reportes en Los Estados Unidos de América resaltan la mayor incidencia en población caucásica., y representan el 1 % de lesiones en párpado. La edad de aparición tiene su mayor incidencia en la sexta década de la vida, sin embargo hay reportes en personas jóvenes. ³⁷⁻⁴⁰

d) Apariencia clínica:

Comúnmente tiene una apariencia de Chalaziones o blefaritis crónicas, además es confundido con otras lesiones, entre ellas, carcinoma Basocelular, Meibomitis, Granuloma, Tumor de glándula lagrimal, y Nevos, lo que retrasa el tratamiento hasta en 3 años según algunos reportes. ^{36,38}

e) Pronóstico:

Esta es una neoplasia altamente maligna, 9% a 36% recurre; 6% a 17% invade la orbita; 17% a 28% invade nódulos linfáticos regionales, y 6% a 30% es fatal. ³⁷

f) Tratamiento:

Excisión quirúrgica, usando crioterapia, es la terapia mas indicada, y seguimiento de por vida, poniendo atención en recurrencias, y desarrollo de nódulos regionales. ^{38,40}

g) Diagnostico diferencial

El carcinoma de células Merkel (CCM) es un tumor maligno cutáneo neuroendocrino primario que procede de las células Merkel; estas células se encuentran en los párpados a lo largo del margen palpebral entre las pestañas. Es un tumor infrecuente pero altamente agresivo y metastatizante. ⁴¹

Introducción

Las lesiones vasculares se originan de la proliferación de vasos y dependiendo de el calibre de dichos vasos se subclasifica.

1.3.3.4.-Hemangioma cavernoso:

Es una lesión que aparece entre la segunda y cuarta década de la vida, y tiene un patrón de crecimiento lento, sin tendencia a involucionar de forma espontánea, de color rojizo.

Características histológicas:

Está compuesto de vasos llenos de sangre, con células de tejido muscular entre los espacios.⁴²

Tratamiento:

Dependerá de la zona en la que se localiza, y esta será quirúrgica en la mayoría de las veces. No responde a esteroides como el hemangioma capilar.⁴²

1.3.3.5. Hemangioma capilar:

Lesión de los párpados de origen vascular, se presenta en niños, involuciona hasta en un 75% de los casos antes de los 7 años.

Sinónimos: (Hemangio -endotelioma benigno infantil).^{43, 44, 45}

Características histológicas:

Estos tumores tienen células endoteliales que se replican activamente, otras malformaciones vasculares incluyendo el hemangioma en mancha de vino Oporto, linfangiomas, y malformaciones arteriovenosas, tienen poblaciones estables de células endoteliales, y no incorporan precursores.

Apariencia clínica:

Es identificado en las primeras semanas de vida. Es más común en mujeres que en varones en una relación de 3: 2. Pueden afectar los párpados, la órbita o ambos.⁴³⁻⁴⁵

Según su topografía puede ser de apariencia rojiza, en las presentaciones superficiales, ó bien de color violáceo en el caso de las lesiones de moderada profundidad. Por su velocidad de crecimiento rápido, las fibras de elastina de la piel se rompen y producen una cicatriz y cambios permanentes secundarios a dichas rupturas.⁴³⁻⁴⁵

Introducción

El Hemangioma capilar debe ser distinguido del hemangioma cavernoso del adulto, los cuales son tanto en lo clínico como en morfológico entidades diferentes.⁴³⁻⁴⁵

Su crecimiento mas activo lo tiene durante los primeros 4 meses de aparición, en los siguientes meses tiene una etapa de estabilización, e involuciona entre los meses 12 al 30.⁴⁴⁻⁴⁶

El Hemangioma capilar debe ser incluido en los diagnósticos diferenciales de proptosis de niños.⁴³⁻⁴⁵

Introducción

1.3.3.6.-Nevo:

Definición.

Lesiones típicamente pigmentada, común de la piel. Pueden ser congénitos o aparecer en las primeras décadas de la vida. La mayoría de los nevos palpebrales son adquiridos. Los nevos son lesiones hamartomatosas comunes⁴⁶

Melanocito:

Célula que deriva de la cresta neural y que migra hacia la epidermis y el folículo piloso durante la embriogénesis. Su principal función es la producción de melanina, un pigmento de la piel, ojos y pelo. Se caracterizan por su núcleo ovoide y en condiciones normales los melanocitos se disponen a nivel de la capa basal epidérmica contactando con los queratinocitos por medio de sus dendritas. La densidad de melanocitos es variable dependiendo de la región anatómica, pero es muy constante entre los individuos de diferentes razas. El color de la piel depende de la actividad de estas células. La melanina puede ser de eumelanina (color marrón parduzco) o feomelanina (pigmento rojo amarillento). Ambas formas son producidas a partir de la tirosina del Retículo Endoplásmico Rugoso y el Aparato de Golgi al llegar a la célula la hormona estimulante del melanocito (MSH) que se fija al receptor de la membrana de éstos (MCR)¹⁶

Clasificación:

Similar a la de los de la piel con ligeras variaciones en la terminología: intraepitelial (nevus de unión de los párpados), subepitelial (equivalente al intradérmico), compuesto (compuesto), nevus epitelioides y/o fusocelular, nevus azul y azul celular.⁴⁶

Las lesiones melanocíticas se pueden clasificar tomando en cuenta diferentes parámetros: aspecto clínico, características histológicas y si se presentan o no desde el nacimiento, es decir un parámetro cronológico.⁴⁶

En lo que respecta al aspecto clínico, las podemos clasificar en: planas, elevadas, papilomatosas, cupuliformes y pediculadas.

Clasificación histológicamente de Lever

I. Tumores de células névicas

- a) De unión
- b) Compuesto
- c) Intradérmico

Variantes especiales

- a) Nevo de células globosas
- b) Nevo con Halo
- c) Nevo de Spitz
- d) Nevo de células fusiformes pigmentadas
- e) Nevo melanocítico congénito
- f) Nevo displásico

II. Tumores melanocíticos epidérmicos

- a) Léntigo simple
- b) Efélides
- c) Mancha melanótica del síndrome de Albright
- d) Melanosis de Becker
- e) Léntigo senil^{16,46}

III. Tumores de melanocitos dérmicos

- a) Nevo azul
- b) Nevo de Ota
- c) Nevo de Ito
- d) Mancha mongólica⁴⁶

Con relación al tiempo de aparición se dividen en nevos melanocíticos congénitos y nevos melanocíticos adquiridos.

Nevos de unión

En los niños, constituyen 90% de los nevos adquiridos, son lesiones pequeñas (menos de 6 Mm.), bien delimitadas, de superficie lisa que conservan los pliegues normales de la piel y pigmentación que va desde el café oscuro al negro. Tienen preferencia por áreas expuestas al sol, inician desde la segunda década de la vida; los nevos de unión de las palmas, las plantas y genitales persisten hasta la edad adulta. Al microscopio de luz encontramos las células névicas en la unión dermoepidérmica. ^{16, 19,46}

Nevo compuesto

Neoformación elevada, bien circunscrita que en la vejez puede tener un aspecto papilomatoso, mide menos de 6 mm, con pigmentación uniforme del color de la piel hasta el café, la superficie puede ser lisa o anfractuosa y puede conservar los anexos. Histológicamente se observan los nidos de células névicas en la unión dermoepidérmica, en la dermis papilar principalmente.

Nevo intradérmico ^{16, 19,46}

Es una neoformación rara en la infancia; pequeña hasta de 6 mm, circunscrita, de pigmentación uniforme, del color de la piel a café, lisa o rugosa, depende del tiempo de evolución. Estas lesiones pueden presentarse en forma tumoral, polipoidea o papilomatosa de uno o varios milímetros a centímetros. La dermis superior muestra nidos y cordones de células névicas. Algunos de estos nevos carecen de células névicas en la dermis superior y sólo presentan células fusiformes inmersas en el tejido colágeno (nevos neuroides). ^{16, 19,46}

Introducción

1.3.3.7.-Melanoma:

Los tumores pigmentados de los párpados son similares, a los localizados en la conjuntiva, aunque menos comunes. El melanoma puede crecer en los párpados a partir de una lesión simple de la piel, ó como parte de una melanosís difusa de la piel o la conjuntiva.^{16, 19, 46}

Melanomas

Clasificación:

Los melanomas de los párpados son similares a los melanomas de otro lugar en la piel.⁴⁷ Lentigo maligno; Melanoma superficial, melanoma nodular.

Pronóstico: el pronóstico depende de la profundidad de la invasión del tumor. Breslow encontró que lesiones menores de un espesor de 0.76 mm tienen una sobrevivencia de 100% a los 5-años, aquellas lesiones de mas de 1.5 mm de espesor una supervivencia de menos del 50% a los 5 años el lentigo maligno es el de mejor pronostico de las 4 variedades de melanoma, por tener una fase de crecimiento radial prolongada, antes de la fase de crecimiento vertical.^{16, 46}

1.3.3.8.- Granuloma piogeno:

Es una lesión que comúnmente se forman por un traumatismo, o lesiones inflamatorias, como chalaziones Son una forma localizada de tejido de granulación, compuesto de células endoteliales asociado a infiltrado de células inflamatorias.⁴⁵

1.3.3.9.-Quiste dermoide:

Quiste dermoide:

Coristomas del desarrollo, que se desarrolla a partir de restos ectodérmicos que quedan en áreas de fusión entre suturas de huesos alrededor de la orbita. Dichos quistes con frecuencia se originan de la parte temporal de la sutura fronto cigomática, pero se ven en las suturas fronto nasal y fronto lagrimal. Es rara su presentación en lo profundo de la órbita, comúnmente se presenta en la primera década de vida como una masa bien delimitada, firme, subcutánea, debajo de la cola de la ceja. Dermoides profundos permanecen asintomático por años. Y aparecen después como una masa de crecimiento lento. La excisión completa es el tratamiento adecuado. La ruptura del quiste por trauma o cirugía produce una inflamación granulomatosa a cuerpo extraño severa⁴⁰

Introducción

1.3.3.10.-Verruga vulgar:

Etiología:

Es causada por un agente infeccioso: El papovavirus. Se conocen varios cambios inducidos en la piel por este agente; Acanthosis, hiperqueratosis, paraqueratosis, e induce a formación de células con vacuolas. Dichas vacuolas tienen contenido viral.⁴⁰

Clínica:

Es variable, pueden ser sesiles o tener un pedículo, van desde una apariencia lisa, tersa, hasta aparentar estar formada por múltiples lóbulos, la coloración es variable también, de color de la piel sana del paciente o hiperpigmentada. Su remoción quirúrgica depende del área del párpado que este afectada, pero pueden reaparecer tiempo después. Otras variedades de tratamiento son curetaje dosis pequeñas de diatermia, ácido tricloroacético, y nitrato de plata, los cuales se usan en el campo de la dermatología más que en la oftalmología.⁴⁰

Histología:

Presenta papilomatosis, hiperqueratosis, y acanthosis con paraqueratosis así como colección de suero en el estrato corneo. En etapas iniciales, los queratinocitos en la capa granular son vacuolados con condensación de gránulos de queratohialina denominados colicitos y ocasionalmente inclusión de eosinofilos en el núcleo

Introducción

1.3.3.11.-Chalazión:

Lesión crónica de glándulas de los párpados.

La etiología no es comprendida todavía, hay quienes creen que existe una alteración de la secreción glandular.

El aumento de volumen en el borde palpebral es el más común de los hallazgos, al palpar puede sentirse una induración en la piel o en el tarso. En el orificio de la glándula afectada, se puede ver el material amarillento, con restos celulares a manera de hojuelas brillantes. Al evertir el párpado se puede o no ver la lesión en la conjuntiva tarsal, y comúnmente se ve un enrojecimiento algo difuso. Unas lesiones derraman su secreción hacia cualquier lado del párpado, ya sea la piel, o bien la conjuntiva.⁴⁰

El tratamiento médico está orientado al uso de medios físicos, por medio de compresas tibias de 10 a 15 minutos 2 ó 3 veces al día, con la aplicación tópica de antibióticos y antiinflamatorios. Cuando la lesión no disminuye su tamaño por varias semanas y no hay evidencia de afección aguda, el tratamiento es quirúrgico, el cual se puede realizar por piel cuando es más próximo a la superficie o vía tarso cuando es profundo. Se anestesia con lidocaína cerca del borde adherente del párpado involucrado, o se realiza un bloqueo del nervio infra o supra orbitario según se trate, se realiza una incisión previa colocación de pinza de chalazión, con una hoja de bisturí del # 11⁴⁵ siempre en sentido vertical, para no cortar las glándulas vecinas, se realiza un curetaje, se remueve todo el contenido que sea posible, y se prescribe gotas o ungüento mixto.⁴⁵

1.3.3.12.-Quiste de inclusión epitelial.

Definición:

Lesión epitelial que forma un quiste, de origen adquirido.

Etiología: Generalmente se forma posterior a una intervención quirúrgica con inadecuado afrontamiento de los bordes quirúrgicos o un traumatismo.¹⁶

Tratamiento:

A base de esteroides tópicos, cuando no responde se realiza cirugía, para remover la lesión^{16, 19}

2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Pocas lesiones que se ven en la práctica oftalmológica son remitidas al laboratorio de patología. La información que ahí se genera da luz para un análisis de tipo epidemiológico - localización más frecuente de una lesión, lado u ojo mas afectado, presentación por grupo de edad, sexo, zona geográfica, etc. - Por otro lado, el aspecto clínico de las lesiones se puede encontrar en varios atlas y diversos textos pero no así la información estadística.

La necesidad de guardar, disponer y analizar información, para hacer nuestras propias estadísticas es innegable, esta debe además de ser con una nomenclatura lo más universal posible, usando un medio sencillo y disponible para este propósito. La utilización de una nomenclatura como el sistema ICD * (clasificación internacional de enfermedades) de la OMS, es una vía de unificación de criterios para la realización de diagnósticos y por lo tanto para normar tratamientos. Sin embargo en dicha clasificación no existe la carúncula, por lo que se toman publicaciones de series como parámetro comparativo.

Se consideraron 1291 biopsias del departamento de patología ocular del instituto de oftalmología fundación conde de Valenciana realizadas de Junio de 1990 a enero de 1999. Seleccionamos las lesiones de Carúncula, de las cuales encontramos 14, (1.008%), y 152 de párpado (20.52%), captura los registros de edad, sexo, e hicimos una correlación del diagnóstico clínico y patológico.

3.- OBJETIVOS.

3.1.-Objetivos primarios

3.1.1. -Utilizar una hoja de cálculo como herramienta para información epidemiológica en el departamento de patología ocular.

3.1.2. -Realizar un análisis comparativo entre nuestra serie y la de otros autores, tanto nacionales, como internacionales.

3.2.-Objetivos secundarios:

3.2.1. -Conocer la casuística del Instituto de Oftalmología "Fundación Conde de Valenciana"

3.2.2. -Realizar un análisis bibliográfico de las lesiones más comunes en carúncula y párpado

3.3.3. -Capturar los archivos electrónicos de 1991-1999

4.-JUSTIFICACIÓN.

Debido a que existe poca información estadística en patología ocular en nuestro país, es necesario el uso de un sistema de captura, y generación de información.

Con una hoja de cálculo, como la hoja de cálculo Excel de Windows Microsoft, podemos actualizar los diagnósticos previos, y actualizarlos al sistema ICD de la OMS, para la clasificación de enfermedades, con una herramienta sencilla y de amplio uso.

Por otro lado debido a un particular interés en el área de oculoplástica seleccionamos las lesiones del párpado y carúncula para su análisis y aplicación de dicho programa, otros reportes se pueden desprender de esta captura.

5.-DISEÑO DEL ESTUDIO.

Retrospectivo, de observación, y comparativo.

6.-MATERIAL Y MÉTODOS.

Se revisaron los expedientes del departamento de patología ocular del instituto de oftalmología fundación conde de Valenciana, y se capturaron todas las biopsias comprendidas de junio de 1990 a enero de 1999.

De 1291 especímenes estudiados en este periodo, 265 correspondieron a lesiones de conjuntiva, de las cuales 14 fueron lesiones de carúncula, Las lesiones de párpado fueron 264, Se capturaron dichos datos en una hoja de cálculo Excel.

Se incluyeron datos como número de registro, fecha, nombre, edad, sexo, pieza remitida, diagnóstico clínico, diagnóstico patológico, y se hizo un análisis descriptivo de los datos de párpado y carúncula se describen los datos epidemiológicos básicos, edad, promedio, rango y porcentaje por género y correlación de dichos datos y otros de series de otros centros médicos.

La hoja de cálculo empleada se muestra en la siguiente página.

Figura1 Ejemplo de la Hoja de cálculo empleada

REGRISTO	FECHA	EDAD	SEXO	PIEZA REMITIDA	
B-91	61	09/91	34	F	PARPADO SUPERIOR IZQUIERDO
B-91	62	09/91	54	M	X
B-91	63	09/91		F	X
B-91	64	09/91	36	M	PTERIGION NASAL Y TEMPORAL
B-91	65	09/91	65	F	CARUNCULA
B-91	66	09/91	44	F	CONTENIDO INTRAOCULAR
B-91	67	10/91	55	F	SACO LAGRIMAL
B-91	68	10/91		F	BUFTALMOS
B-91	69	10/91	21	F	PAPILOMA
B-91	70	10/91	25	F	PARPADO INFERIOR DERECHO
B-91	71	10/91		M	CONTENIDO INTRAOCULAR
B-91	72	10/91		F	PARPADO
B-91	73	10/91		F	QUISTE DE INCLUSION CONJUNTIVAL
B-91	74	10/91	42	M	PTERIGION AO
B-91	75	10/91	53	F	GRASA ORBITARIA DERECHA
B-91	76	10/91	66	M	PIEL
B-91	77	10/91	11	M	CONJUNTIVA
B-91	78	10/91	34	F	EIVISCERACION
B-91	79	10/91	3	M	PTOSIS
B-91	80	11/91	18	F	TEJIDO EXTRAORBITARIO

DIAGNOSTICO CLINICO	DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO
HEMANGIOMA	HEMANGIOMA PARPADO SUPERIOR IZQUIERDO
X	QUISTE EPIDERMICO
LESION PIGMENTADA BORDE PALPEBRAL	NEVO INTRADERMICO CON ACTIVIDAD EN LECHO
PTERIGION NASAL Y TEMPORAL	PTERIOGION NASAL Y TEMPORAL od
GRANULOMA PIOGENO	NEVO SUBEPITELIAL CARUNCULA DERECHA
PTISIS BULBI	HEMORRAGIA INTRAOCULAR CON CALCIFICACION oc
DACRIOCISTITIS CRONICA	DRACIOCISTITIS CRONICA
BUFTALMOS GLAUCOMA CONGENITO	ATROFIA Y GLIOSIS DE CORNEA
PAPILOMA	QUERATOSIS SEBORREICA
PAPILOMA	NEVO
ENDOFTALMITIS POSOPERATORIA	ENDOFTALMITIS POSOPERATORIA
PAPILOMA PALPEBRAL	NEVO INTRADERMICO PARPADO INFERIOR DERECHO
QUISTE DE INCLUSION	PTERIGION NASAL Y QUISTE DE INCLUSION OI
PTERIGION BILATERAL	FIBROSIS OD INFLAMACION OI PTERIGION NASAL OI
EXOFTALMOS	TEJIDO ADIPOSO DE ASPECTO NORMAL
MICOSIS (INFECCIOSO)	LINFOMA
QUISTE DERMOIDE LIMBO TEMPORAL	DERMOIDE SOLIDO
ESTAFILOMA OI	TEJIDO DE EIVISCERACION
PTOSIS CONGENITA OI	HIPERPLASIA DEL MUSCULO DE MULLER
QUISTE DERMOIDE	QUISTE EPIDERMICO

7.-RESULTADOS.

7.1.-Resultados de lesiones de carúncula:

De 1291 especímenes estudiados en el departamento de patología ocular entre junio de 1991 y enero de 1999, aproximadamente 265 fueron de conjuntiva, de los que se separaron 14 lesiones de carúncula, (13 pacientes, una muestra bilateral.) que representa 1.084%. Realizamos una comparación entre diagnóstico clínico y patológico. (Tabla 1)

Relacionamos diagnóstico patológico, con edad, género, promedio que representa cada enfermedad. (Tabla 2)

Edad e incidencia por sexo:

En nuestra serie la edad promedio de los pacientes con lesiones de carúncula al momento de someterse a tratamiento quirúrgico y excisión biopsia fue de 40.2 años. 7 Mujeres, 5 hombres, y 2 pacientes no se especifico en el reporte.

En 6 pacientes la lesión fue en la carúncula derecha, 2 lesiones en la carúncula izquierda, y 6 sin informe de reporte.

Hubo 14 lesiones de este tipo, en 8 de estas el diagnóstico clínico fue acertado. 57,14%.

7.1.1.-Lesiones Inflamatorias

Se reportó una paciente de 67 años con inflamación crónica en el ojo derecho que corresponde al 7,15% de las de lesiones de carúncula de nuestra serie.

Se encontró un granuloma piógeno en una niña de 10 años, ojo derecho que representa el 7.15% de la serie, el diagnóstico clínico fue correcto.

7.1.2.-Tumores quísticos de carúncula

En este apartado se encontraron 3 pacientes. (21.45%.) El diagnóstico de quiste de inclusión epitelial se efectuó en 2 pacientes, en un hombre de 56 años en donde no se especificó lado afectado y en otro paciente en donde no se reportó ni sexo ni edad. ni lado enfermo.

Se descubrieron quistes epidermoides en ambas carúnculas en una mujer de 38 años.

Resultado de lesiones de carúncula

Tabla 1
Carúncula

Correlación entre diagnóstico clínico – diagnóstico patológico

Número de pacientes	Diagnostico Clínico	Diagnostico Patológico
1	Tumoración caruncular	Inflamación crónica
2	Granuloma piógeno	Granuloma piógeno
3	Tumoración caruncular	Quiste epitelial de inclusión
4	Quiste epitelial de inclusión	Quiste epitelial de inclusión
5	No se reportó	Quiste epitelial de inclusión
6	Quiste epidermoide**	Quiste epidermoide**
7	Lesión caruncular papiloma	Papiloma
8	Papiloma de caruncular	Papiloma
9	Papiloma	Papiloma
10	Lesión pigmentada de carúncula	Nevo Compuesto
11	Nevo de carúncula	Nevo Compuesto
12	Melanoma	Melanoma
13	Lesión quística	Hiperplasia linfoidea reactiva
Total	13 pacientes (14 Lesiones Muestra bilateral**.) 8 Diagnosticos clínicos correctos (57.1%)	

Resultado de lesiones de carúncula

7.1.3.-Tumores de la superficie epitelial:

Papiloma, diagnóstico efectuado en 3 pacientes. Un varón de 31 años (no se especificó el ojo afectado) y 2 mujeres de 32 y 67 años en donde el ojo involucrado fue el derecho en ambas. El papiloma representó el 21.15% de las lesiones de carúncula. (Tabla 2)

7.1.4.-Tumores pigmentados:

Hay en esta serie 2 lesiones con el diagnóstico de nevo compuesto ambos adolescentes de 11 y 13 años con el mismo lado involucrado. (O.D.)

En una mujer de 30 años se encontró un nevo subepitelial en lado inespecífico.

Otra mujer con nevo subepitelial de 65 años, lado derecho.

Se valoró un paciente masculino de 68 años el cual tenía un melanoma de la carúncula del ojo izquierdo. (O.I.)

Los tumores pigmentados representan el 28,6% de nuestra serie.

7.1.5.-Tumores Linfoides:

Se hizo diagnóstico de hiperplasia linfocítica reactiva en un paciente de

38 años, de los cuales se desconoce el ojo afectado. (7,15%) El diagnóstico clínico que se realizó fue de lesión quística.

Resultado de lesiones de carúncula

Tabla 2
Carúncula
Edad: Rango, promedio
Número de casos, porcentaje
Género
Junio de 1990 enero de 1999

DIAGNOSTICO PATOLÓGICO	Edad		No. de Casos	Porcentaje	Genero	
	Rango	Promedio			Femenino	Masculino
Inflamación crónica	67	67	1	7.15%	1	
Granuloma piogeno	10	10	1	7.15%	1	
Quiste epitelial de inclusión	56 - **	56	2	14.30%	1	1
Quiste epidermoide	38	38	2	14.30%	2	
Papiloma	31-67	43.3	3	21.45	2	1
Nevo compuesto	11-13	12	2	14.30%		1
Nevo subepitelial	30	30	1	7.15%		
Melanoma	68	68	1	7.15%		1
Hiperplasia linfoidea reactiva	38	38	1	7.15%		1
Total	10/68	40.2	14	100.1%*	7	5

* Por redondeo

** No se reportó

En 2 pacientes no se reportó sexo.

Muestra bilateral

7.2.- Resultados de lesiones de párpado

De 1291 especímenes estudiados en el departamento de patología ocular entre junio de 1991 y enero de 1999, 162 fueron de párpado, que representan poco más del 20% del total, identificamos 15 tipos histológicos diferentes. Realizamos una comparación entre número de casos y porcentaje que representan del total de lesiones de párpado. (Tabla 4)

Comparamos diagnóstico clínico contra diagnóstico patológico, para conocer la tasa de acierto. (Tabla 5)

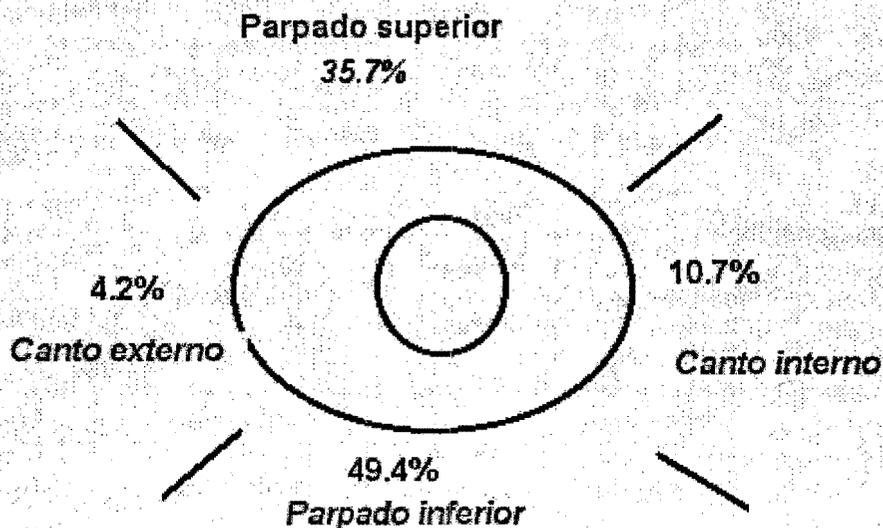
Edad e incidencia por sexo (tabla 3)

En nuestra serie la edad promedio de los pacientes con lesiones en los párpados al momento de someterse a tratamiento quirúrgico y excisión biopsia fue de 46.98 años. En 11 pacientes no se reportó el sexo, 152 eran mujeres, 104 varones.

Tabla 3

DISTRIBUCIÓN TOPOGRÁFICA:	
Párpado inferior..... (49.4%)	Canto interno..... (10.7%)
Párpado superior..... (35.7%)	Canto externo..... (4.2%)

56 pacientes presentaron algún tipo de carcinoma, que equivale a más del 20.0%



Resultado de lesiones de párpado

7.2.1.-Carcinoma Basoescamoso:

Se encontró 1 paciente con este diagnóstico, de los 152 totales de párpado, (0.66%), de 59 años en una mujer, el reporte tenía un diagnóstico incorrecto.

7.2.2.-Carcinoma Basocelular:

Se encontraron 51 pacientes con este diagnóstico, de los 152 totales de párpado, (33.51%), el rango de edad fue de 46 a 98 años, con un promedio de edad de 69.63 años. La distribución por sexo: 25 femeninos, 22 masculinos, 4 no fueron especificados. No se realizó un diagnóstico correcto en 9 pacientes, 4 de estos pacientes no tenían diagnóstico clínico en el registro, 3 nevos y 2 "Tumoraciones" fueron los restantes diagnósticos incorrectos.

7.2.3.-Carcinoma de células Escamosas.

Con diagnóstico de Carcinoma de células escamosas se localizó un registro de una mujer de 59 años, en la cual se realizó el diagnóstico clínico de forma correcta, la lesión se presentó en el párpado inferior del ojo izquierdo.

7.2.4.-Chalazión:

9 pacientes con este diagnóstico, del total, (5.91%), el rango de edad fue de 3 a 74 años, con un promedio de edad de 34.25 años. La distribución por sexo: 6 femeninos, 3 masculinos. No se hizo diagnóstico correcto en 2 pacientes, en uno se pensó en un nevo amelanico, y en otro carcinoma de glándulas de Meibomio.

7.2.5.-Hemangioma:

Hallamos 7 pacientes con este diagnóstico, (4.60%), desde el año hasta los 23 años, con un promedio de 10.85 años. Por sexo: 3 femeninos, 4 masculinos. El lado derecho se vio afectado 4 veces el izquierdo 3. Se realizó diagnóstico incorrecto en un niño de 10 años, se pensó en un granuloma piogeno

Resultado de lesiones de párpado

7.2.6.-Hiperqueratosis:

4 pacientes con hiperqueratosis, (2.63%), edades de 39 a 58 años, con un promedio de edad de 46 años, un paciente sin especificar edad. Por sexo: 1 femenino, 2 masculinos, 1

No especificado. No se realizó un diagnóstico correcto en ningún paciente

7.2.7.-Inflamación:

4 pacientes con inflamación, (2.63%), edades de 39 a 58 años, con un promedio de edad de 46 años, un paciente sin especificar edad. Por sexo: 1

Femenino, 2 masculinos, 1 no especificado. No se realizó un diagnóstico correcto en ningún paciente

7.2.8.-Nevo:

Se hallaron 41 pacientes con este diagnóstico, de los 152 totales de párpado, (26.94%), el rango de edad fue de 13 a 83 años, con un promedio de edad de 47.28 años. De los cuales: 31 femeninos, 9 masculinos, 1 no fue especificado. No Se realizó un diagnóstico correcto en 9 pacientes, en 19 se hizo diagnóstico correcto, en 15 no se reportó el diagnóstico clínico en el reporte.

7.2.9.-Papiloma

Se encontraron 14 pacientes con este diagnóstico, de los 152 totales de párpado, (9.20%), el rango de edad fue de 28 a 85 años, con un promedio de edad de 53.33 años. La distribución por sexo: 10 femeninos, 2 masculinos, 2 no fueron especificados. No Se realizó un diagnóstico correcto en 8 pacientes, en 6 el diagnóstico incorrecto fue Verruga

Vulgar, y en otros 2 cuernos cutáneos.

Resultado de lesiones de párpado

7.2.10.-Quiste Dermoide:

Se encontraron 8 pacientes con este diagnóstico, de los 152 totales de párpado, (5.26%), el rango de edad fue de 3 a 27 años, con un promedio de edad de 15.57 años. La distribución por sexo: 2 femeninos, 6 masculinos. En todos el diagnóstico fue correcto.

7.2.11.-Quiste Epidérmico:

8 pacientes con este diagnóstico, (5.26%), el rango de edad fue de 2 años 10 meses a 72 años, con un promedio de edad de 36.8 años. La distribución por sexo: 4 femeninos, 2 masculinos, 2 sin registro de sexo. En ningún caso se hizo diagnóstico correcto.

7.2.12.- Quiste Epitelial:

Se obtuvo este diagnóstico en 4 pacientes(2.63%%), rango de 36 a 70 años promedio de 52. Un hombre y dos mujeres, un registro sin puntualizar sexo.

7.2.13.-Quiste Sebáceo:

Solo encontramos un registro de quiste sebáceo en toda la serie, y no se especifica ni edad ni sexo del paciente.

7.2.14.-Verruga vulgar:

Se encontraron 3 pacientes con Verruga vulgar, del total que representa, (1.97%), el rango de edad fue de 10 a 89 años, con un promedio de edad de 57 años. La distribución por sexo: Los 3 fueron varones. Se hizo diagnóstico correcto en los tres casos. En otros 16 casos se pensó en Verruga vulgar y el diagnóstico anatomo- patológico fue incorrecto.

7.2.15.-Xantelasma:

Con diagnóstico de Xantelasma 3 pacientes, entre 18 y 50 años con un promedio de 38 años. 2 Hombres y una mujer. Sé diagnóstico en el paciente mas joven de 18 años Blefarochalasis, de forma incorrecta, y los otros dos casos fueron acertados.

Resultado de lesiones de párpado

Tabla 4
LESIONES DE PARPADO
Hospital conde de valenciana
Junio de 1990 a enero de 1999

Lesión (Diagnósticos)	Número de casos	Porcentaje %
Carcinoma de células basales	51	33.55%
Nevo	41	26.97%
Papiloma	14	9.21%
Chalazión	9	5.92%
Quiste dermoide	8	5.26%
Hemangioma	7	4.61%
Hiperqueratosis	4	2.63%
Inflamación	4	2.63%
Quiste epitelial	4	2.63%
Verruga vulgar	3	1.97%
Xantelasma	3	1.97%
Carcinoma de células escamosas	1	0.66%
Carcinoma de glándulas de meibomio	1	0.66%
Quiste epidermoide	1	0.66%
Quiste sebáceo	1	0.66%
	152	100%

Ordenados de forma descendente. Por incidencia

Tabla 5
LESIONES DE PARPADO
Hospital conde de valenciana
Junio de 1990 a enero de 1999

Correlación entre diagnóstico clínico – diagnóstico patológico

Número de pacientes	Diagnostico Patológico	Diagnósticos Clínicos acertados	Diagnósticos equivocado	Porcentaje de acierto
Carcinoma de células basales	51	42	9	82.35
Nevo	41	32	9	78.05
Papiloma	14	6	8	42.86
Chalazión	9	7	2	77.78
Quiste dermoide	8	8		100.00
Hemangioma	7	6	1	85.71
Hiperqueratosis	4	0	4	0
Inflamación	4	0	4	0
Quiste epitelial	4	4	0	100.00
Verruga vulgar	3	3	0	100.00
Xantelasma	3	2	1	66.67
Carcinoma de células escamosas	1	0	1	0
Carcinoma de glándulas de meibomio	1	1	0	100.00
Quiste epidermoide	1	0	1	0
Quiste sebáceo	1	0	1	0
TOTAL	152	111	41	73%

8.-DISCUSIÓN

8.1.-Discusión de lesiones de carúncula

El crecimiento progresivo o extensión de la lesión, junto con el aumento de la pigmentación o el cambio de su coloración es motivo de consulta común. Las lesiones son de larga evolución, excepto las lesiones malignas en las que es de pocos meses. La mayoría tienen un color rojo o pardo-negro y, aunque estos datos inespecíficos, junto con la clínica de presentación, puede orientarnos hacia un diagnóstico clínico correcto.

Las lesiones de mayor tamaño y extensión son los granulomas y las inflamaciones crónicas, aunque el carcinoma de células basales también ocupa hasta la totalidad de la superficie de la carúncula. Todas las demás son considerablemente menores tanto en la superficie afectada como en su altura. Los más pequeños son los nevus, el quiste de inclusión epidérmico y el linfagioma.

No coincidimos con los demás trabajos publicados^{8, 9, 10} en los cuales la lesión más frecuente es el nevus. En nuestra serie fue el papiloma.

El papiloma es frecuente en personas jóvenes, y su importancia radica en que puede alcanzar un grado de displasia (lesión premaligna) que le convierta en carcinoma *in situ*. por lo que debemos darle seguimiento. son lesiones friables, no pigmentadas y vascularizadas,

Tanto los nevus como los papilomas suelen diagnosticarse clínicamente de forma correcta en todos los casos, y suponen un 70% de todos los casos presentados. Los demás tumores son mucho menos frecuentes.

Resulta interesante notar que el diagnóstico clínico más erróneo fue el de tumoración caruncular dando resultados tan disímboles como inflamación o quiste

La mayoría de las lesiones de nuestra serie son de naturaleza benigna. Sólo un pequeño porcentaje son premalignas o malignas.

Las lesiones malignas aparecen en los pacientes de más edad; suelen ser melanomas, carcinomas de glándulas sebáceas ó de células escamosas.

Conociendo todos estos tipos de lesiones, su comportamiento, clínica y frecuencia de aparición, es posible hacer un diagnóstico clínico correcto en la mayoría de ellas.

Se debe tener en cuenta que la queratinización, hipertrofia o la retracción de la carúncula puede interferir de manera importante con su función de secreción mucosa, y puede producirse secundariamente una disfunción del sistema de drenaje lagrimal. La escisión de estos tipos de lesiones se realiza por estética, mejoría sintomática y para asegurar un diagnóstico clínico sin malignidad.

Los tumores de la carúncula lagrimal representan una proporción muy baja con respecto a los tumores palpebrales, aunque con una gran variedad histológica al contener elementos conjuntivales y cutáneos.

Las lesiones malignas son excepcionales. Nuestros resultados coinciden con los de otras series publicadas.^{8,9,10} en cuanto a lo raro de lesiones malignas.

8.1.1.-Comparación con otras series de lesiones de carúncula

El total de lesiones se muestra en la siguiente tabla, en donde existen una cantidad total de lesiones, dividida en dos grandes apartados, Lesiones inflamatorias, y neoplasias y pseudo neoplasias.

Tabla 6

	Nuestra serie	Santos Gómez-Leal ⁷	Shields CL ly cols. ⁸
Lesiones inflamatorias	2 (14.30%)	1 (0.88%)	4 (7%)
Neoplasias y Pseudoneoplasias	12 (85.70%)	112 (99.12%)	53 (93%)
TOTAL LESIONES	DE 14 (100%)	113 (100%)	57 (100%)

8.1.2.-Lesiones quísticas:

Las lesiones quísticas, son las mas comunes en nuestra serie, 28.5% .En la serie de Santos y Gómez ⁷ – Leal 18.58%, en la de Shields ⁸ 7.01%.(Tabla 7)

Aquí consideramos que estamos sobre representados con respecto a otras series. En el caso de quiste epitelial de inclusión, que es una lesión adquirida, es común el antecedente de cirugía de estrabismo del músculo recto medial, esto puede tener relación a que las tres series son de centros quirúrgicos grandes, y desarrollarse a partir de reacción inflamatoria a material quirúrgico y/o manipulación quirúrgica.

Tabla 7

	Nuestra serie	Santos Gómez-Leal ⁷	Shields CL ly cols. ⁸
Quiste epitelial de inclusión	2	14	4
Quiste dermoide	0	4	0
Quiste epidermoide	2	3	0
* TOTAL	4 / 28.5%	21 / 18.58%	4 / 7%

**No. de casos / %*

8.1.3.-Papilomas:

El porcentaje de estas lesiones en nuestra serie es de 21.4%, Santos Gómez-Leal de 22.8% y de 56.1% en la serie de Shields y cols.(Tabla 8)

Esta es una lesión de gran frecuencia en las tres series, que tiene una buena tasa de aciertos al comparar diagnóstico clínico y diagnóstico de laboratorio de patología, arriba del 42% en nuestra serie esto habla de una buena preparación del clínico.

Tabla 8
Lesiones de la superficie epitelial
Comparación:

	Nuestra serie	Santos Gómez-Leal ⁷	Shields CL ly cols. ⁸
Papiloma	3	26	32
TOTAL	3	26	32

8.1.4.-Lesiones pigmentadas:

El nevo tiene una importancia por su frecuencia alta, en nuestra serie de 28.5%, en la serie de Santos y Gómez – Leal de 33.6.%, y en la de Shields y cols. de 42.1%. (Tabla 8)

La buena tasa de aciertos al comparar diagnóstico clínico y diagnóstico patológico de nuestra serie es de

Tabla 9
Lesiones pigmentadas
Comparación.

	Nuestra serie	Santos Gómez-Leal ¹	Shields CL ly cols. ²
Nevo	3	34	24
Melanoma	1	4	0
TOTAL	4	38	24

8.1.5.-Lesiones linfoides:

Nuestra serie tiene un paciente que presentó una hiperplasia linfoide, y no tenemos experiencia de linfoma de carúncula en el servicio.

La serie de Santos- Gómez-Leal tiene un paciente con linfoma de presentación caruncular, y 3 con hiperplasia linfoidea.

El reporte Shields y cols. 2 enfermos de linfoma de presentación caruncular, sin experiencia de hiperplasia linfoidea. Al sumar los totales de lesiones linfoides, los porcentajes son 7.15%, 3.5%, y 3.5% para nosotros, Santos y Gómez - Leal, y Shields, respectivamente.(Tabla 11)

El linfoma es una lesión maligna que no tuvimos en nuestra serie, y en los reportes Santos Gómez Leal ⁶ Shields CL ly cols. ⁷ no se hace saber si son lesiones primarias o secundarias, lo cual considero que es importante por que nos daría pie a conocer con que frecuencia las veremos como resultado de una enfermedad en otro órgano o si se debuta con linfoma en la carúncula.

Tabla 10

	Nuestra serie	Santos Gómez-Leal ¹	Shields CL ly cols. ²
Hiperplasia Linfoidea	1	3	0
Linfoma	0	1	2
TOTAL	1	4	2

8.2.-Discusión de lesiones de párpado:

Las tres lesiones mas comunes de nuestro trabajo: son carcinoma de células Basales, en primer lugar, seguido de nevos y papiloma.

Resulta interesante que los diagnosticos clinicos de: 1- Carcinoma de células escamosas. 2- Inflamación. 3- Hiperqueratosis, nunca se realizaron.

El Carcinoma de células basales es una lesión que si bien es de lento crecimiento, no deja de ser potencialmente dañina. Los factores que se ven involucrados en complicaciones de esta enfermedad, son, aquellas lesiones que se encuentra en un lugar de difícil acceso, como en el canto interno, lesiones recidivantes, y un tipo de carcinoma agresivo, que sea de difícil detección clínica, como es el caso de el carcinoma de células basales esclerizante, que va mas allá de su apariencia clínica.

Esta serie del Instituto de Oftalmología "Fundación Conde de Valenciana" es diferente a otras ya que en esas series, las lesiones más comunes son Papiloma y Nevos en cualquier orden.^{46, 47, 48, 49,50}

Juan Fayos, y Orliiss Wildermuth,⁴⁶ es una serie de Carcinomas de párpado, de 134 pacientes en la que reportan 83 casos de Carcinoma basocelular, que representa el 61.9%, el Carcinoma de células escamosas, 18 casos (12.8%). la relación entre ambos, de **6.48 a 1**, y a pesar de lo grande de la serie no reporta Carcinoma de glándulas de meibomio. Los pacientes en los cuales encuentran mas este tipo de lesiones es en aquellos de piel rojiza, con tendencia a formar pecas, lo cual no es aplicable en nuestro medio.

Doxanas y colaboradores: Serie de lesiones en párpado en población pediátrica, las lesiones mas comunes fueron las lesiones quísticas. Entre los quistes dermoides, y los quistes de epiteliales de inclusión suman de 23%, la lesión vascular mas importante es el hemangioma capilar, (8%), dentro de las características de esta lesión vascular que remarca este estudio es que en mas de 60% de las veces, esta lesión se localiza en el párpado superior. Esta serie es de 649 pacientes.

Aurora A, y colaboradores: en una serie de 292 pacientes, la lesión que mas reportan es Papiloma (29%), seguido Nevo (18%). El carcinoma de Células basales se presento apenas en 15 pacientes, (5.1%), no hay otro tipo de carcinoma.

Welch R. B, Duke J. R: ⁵⁰, es un estudio realizado en 617 lesiones de párpado, en El Instituto Oftalmológico de Wilmer de la Universidad y Hospital, Johns Hopkins, de las cuales más de la mitad fueron mal diagnosticadas. La lesión más frecuente, con número de 125 (20.3%), es el Papiloma, seguido de 89 lesiones por Nevus (14.4%), 80 Chalaziones (13.0%), Carcinoma de Células basales 68 lesiones (11.0%), Quiste epidermoide 45 lesiones, (7.3%). Con menos del 5% encontraron las siguientes lesiones. Quiste dermoide, Quiste epitelial, Xantelasma, inflamación, Hemangioma, Papiloma de células basales, Quiste sebáceo, Carcinoma Basoescamoso, Carcinoma de células escamosas, Verruca vulgaris e Hiperqueratosis.

Encontraron 16 variedades histológicas.

Martin, Hayes ⁴⁹ Etiología, La edad de admisión de los pacientes fue de 54 años, aproximadamente, 57% eran varones, 43 mujeres. La enfermedad apareció de forma más común después de los 60 años, y en menos del 10% en menores de 40 años. Distribución topográfica; 54% de las lesiones se encontraban en el párpado inferior, 28% en el canto interno, 13% en el párpado superior y 5% en canto exteno.

8.2.1.-Carcinomas del párpado:

En nuestra serie, encontramos tres tipos de carcinomas (Carcinoma de células Basales, Carcinoma de glándulas de meibomio y Carcinoma de células escamosas.)

La Relación entre carcinoma de células basales y otro carcinoma (carcinoma de células escamosas, ó carcinoma de glándulas de meibomio), de esta nuestra serie es de 51 a 1

Tabla 11
Carcinomas
Edad: Rango – Promedio
Número de Casos
Junio de 1990 – Enero de 1999

DIAGNOSTICO PATOLOGICO	Edad		Genero			
	Rango	Promedio	Casos	Promedio	Femenino	Masculino
Carcinoma Basoescamoso	59	59	1	(0.66%)	1	0
Carcinoma basocelular	46-98	69.63	51	(33.55%%)	25	22
Carcinoma de células escamosas	59	59	1	(0.66%)	1	0
Carcinoma de glándulas de meibomio	57	57	1	(0.66%)	1	0

Llama la atención que el diagnostico clínico de carcinoma basocelular es el mas común y también el que mejor porcentaje de acierto obtuvo con un 82.35% (Tabla 5- Pág. 38)

El diagnostico clínico mas acertado es cuestión de tumores malignos es el de carcinoma de glándulas de meibomio con un 100% de acierto. (Tabla 5- Pág. 38)

8.2.2.-Lesiones vasculares:

El hemangioma capilar que sabemos es de presentación en población infantil, seguramente tendrá mas importancia en hospitales de población pediátrica, lo cual no es el caso de nuestro instituto. El hemangioma cavernoso, es una lesión que se presenta después de la infancia, por lo que debe ser mayor su presencia en hospitales para adultos o población general sin servicio de oftalmopediatría. En nuestra serie tenemos 7 hemangiomas, sus características se presentan en la tabla 12

Tabla 12
Lesiones vasculares
Edad: Rango – Promedio
Número de Casos
Junio de 1990 – Enero de 1999

DIAGNOSTICO PATOLOGICO	Edad		Casos	Promedio	Genero	
	Rango	Promedio			Femenino	Masculino
Hemangioma	1-23	10.85	7	(4.60%)	3	4

El lado derecho se vio afectado 4 veces el izquierdo 3.
Se hizo diagnóstico incorrecto en un niño de 10 años, se pensó en Granuloma piogeno.

8.2.3.-Lesiones quísticas de párpado:

14 pacientes, que equivalen al 9.21% de nuestra serie, son lesiones quísticas, en orden de frecuencia se presentaron como sigue, quiste dermoide, quiste epitelial, quiste epidermoide, quiste sebáceo.

Por otro lado en la serie de Welch Robert B, Duke James R.⁵⁰ reportan un total de 107 casos que representan el 18%, y la lesión mas importante en dicha serie, es quiste epitelial de inclusión.

Tabla 13
Lesiones quísticas de los párpados
Edad: Rango – Promedio
Número de Casos
Junio de 1990 – Enero de 1999

DIAGNOSTICO PATOLOGICO	Edad		Genero			
	Rango	Promedio	Casos	Promedio	Femenino	Masculino
Quiste dermoide	3-27	15.57	8	(0.66%)	2	6
Quiste epitelial	36-70	36.8	3	(33.55%%)	1	2
Quiste epidermoide	2-72	36.8	7	(4.61%)	4*	2*
Quiste Sebáceo	¿	¿	1	(0.66%)	¿	¿

***Quiste epidermoide: Un paciente sin registro**

Quiste Dermoide: En todos los casos el diagnóstico fue correcto.

8.2.4.-Chalazión:

En estas lesiones es importante hacer diagnóstico diferencial con lesiones malignas (Ej. Carcinoma de glándulas de Meibomio:) que si bien sabemos son raras, a veces su apariencia clínica es la de una blefaritis crónica o la de un chalazión, con una historia de cronicidad o remisiones y exacerbación. En un hospital en donde se ve una cantidad grande de pacientes el oftalmólogo debe estar preparado y sospechar de ellas.

Tabla 14
Chalazión
Edad: Rango – Promedio
Número de Casos
Junio de 1990 – Enero de 1999

DIAGNOSTICO PATOLOGICO	Edad		Genero			
	Rango	Promedio	Casos	Promedio	Femenino	Masculino
Chalazión	3-74	34.35	9	(5.91%)	6	3

8.2.5-Hiperqueratosis

Fueron 4 pacientes con hiperqueratosis, una lesión rara tanto en nuestra serie como en la de Welch Robert B, Duke James R⁵⁰

Tabla 15
Hiperqueratosis
Edad: Rango – Promedio
Número de Casos
Junio de 1990 – Enero de 1999

DIAGNOSTICO PATOLOGICO	Edad		Genero			
	Rango	Promedio	Casos	Promedio	Femenino	Masculino
Hiperqueratosis	39-58	46	4	(2.63%)	2	1

8.2.6-Inflamación:

Esta lesión tiene una incidencia baja, en nuestra serie y en la de comparación, probablemente por que son lesiones que no suelen ser crónicas, sino mas bien agudas y resolverse, con terapia farmacológica y no quirúrgica.

Tabla 16
Inflamación
Edad: Rango – Promedio
Número de Casos
Junio de 1990 – Enero de 1999

<i>DIAGNOSTICO PATOLOGICO</i>	<i>Edad</i>		<i>Casos</i>	<i>Promedio</i>	<i>Genero</i>	
	<i>Rango</i>	<i>Promedio</i>			<i>Femenino</i>	<i>Masculino</i>
<i>Inflamación</i>	9-58	35.2	4	(2.63%)	2	1

En un paciente no se especifico edad ni sexo.

No se realizó diagnóstico clínico correcto en ningún paciente.

8.2.7.- Nevo:

Lesión con 41 pacientes afectados, la segunda mas frecuente de nuestra serie, y también de la más común en todas las series.

Esta lesión si tiene una mayor incidencia en poblaciones en donde existe pigmentación más abundante, es decir poblaciones en donde hubo mestizaje, en poblaciones indo americanas, en gente de origen africano.

Tabla 17
Nevo
Edad: Rango – Promedio
Número de Casos
Junio de 1990 – Enero de 1999

<i>DIAGNOSTICO PATOLOGICO</i>	<i>Edad</i>		<i>Genero</i>			
	<i>Rango</i>	<i>Promedio</i>	<i>Casos</i>	<i>Promedio</i>	<i>Femenino</i>	<i>Masculino</i>
<i>Nevo</i>	13-83	47.28	41	(26.94)	31	9

Un paciente sin reporte de sexo, 13 pacientes sin diagnóstico clínico.

8.2.8-Papiloma

El papiloma esta casi con 10% de presencia en nuestra serie, 14 lesiones. Se encontraron 14 pacientes con este diagnóstico, de los 152 totales de párpado, (9.20%), el rango de edad fue de 28 a 85 años, con un promedio de edad de 53.33 años. La distribución por sexo: 10 femeninos, 2 masculinos, 2 no fueron especificados. No se realizó un diagnóstico correcto en 8 pacientes, en 6 el diagnóstico incorrecto fue Verruga Vulgar, y en otros 2 cuernos cutáneos.

Tabla 18
Papiloma
Edad: Rango - Promedio
Número de Casos
Junio de 1990 - Enero de 1999

DIAGNOSTICO PATOLOGICO	Edad		Casos	Promedio	Genero	
	Rango	Promedio			Femenino	Masculino
Papiloma	28-35	53.33	14	(9.29)	10	2

2 pacientes desconocemos sexo.

El patólogo del Conde de Valenciana, no realiza el diagnóstico de papiloma de células basales por lo que al compararlo con la serie de Welch no existe ese diagnóstico por no considerarlo dentro de su arsenal diagnóstico por no tener trascendencia en su pronóstico o evolución clínica.

8.2.9-Verruga vulgar:

Lesión de poca frecuencia 3 casos y 1.97% en nuestra serie contra 7 casos y 1.20% de Welch Robert B, Duke James⁵⁰

Se hizo diagnóstico correcto en los tres casos.

En 16 pacientes se pensó en Verruga vulgar y el diagnóstico anatómo- patológico fue incorrecto.

Tabla 19
Verruga vulgar
Edad: Rango – Promedio
Número de Casos
Junio de 1990 – Enero de 1999

DIAGNOSTICO PATOLOGICO	Edad		Casos	Promedio	Genero	
	Rango	Promedio			Femenino	Masculino
Verruga vulgar	28-35	31.66	3	(1.97%)	0	3

8.2.10-Xantelasma:

1.97% de nuestros pacientes, presentó esta lesión, este tipo de lesión es frecuente en pacientes que tienen hiperlipidemia.

En el paciente de 18 años se diagnosticó blefarochalasis, los otros dos fueron acertados.

Tabla 20
Xantelasma
Edad: Rango – Promedio
Número de Casos
Junio de 1990 – Enero de 1999

DIAGNOSTICO PATOLOGICO	Edad		Casos	Promedio	Genero	
	Rango	Promedio			Femenino	Masculino
Xantelasma	18-50	38	3	(1.97%)	1	2

Discusión de lesiones de párpado

Tabla 21
LESIONES DE PÁRPADO
Comparación con otra serie.

Tabla 31

LESIÓN	NUESTRA SERIE		WELCH ROBERT B, DUKE JAMES R ⁵⁰ .	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
Carcinoma de células basales	51	33.51	83	14.18
Nevo	41	26.94	89	15.21
Papiloma	14	9.20	125	21.36
Chalazión	9	5.91	80	13.67
Quiste dermoide	8	5.26	26	4.44
Hemangioma	7	4.60	17	2.91
Quiste epitelial	4	2.63	23	3.93
Inflamación	4	2.63	18	3.08
Hiperqueratosis	4	2.63	7	1.20
Xantelasma	3	1.97	19	3.25
Verruga vulgar	3	1.97	7	1.20
Quiste epidermoide	1	0.66	45	7.69
Carcinoma de células escamosas	1	0.66	8	1.37
Carcinoma de glándulas de meibomio	1	0.66	0	0.00
Quiste sebáceo	1	0.66	13	2.22
Carcinoma Basoescamoso	1	0.66	9	1.54
Papiloma de células basales	0	0.00	16	2.73
TOTALES	152	99.86%	585	99.98%

9 -CONCLUSIONES.

9.1.-Carúncula:

La casuística es baja, pero encontramos 9 variedades histológicas, siendo la mayoría de lesiones de tipo benigno, El tiempo de evolución debe ser un indicador de posibilidad de malignidad, (Si una lesión tiene crecimiento acelerado en periodos cortos) La edad es otro factor importante, lesiones en gentes personas a partir de la 6 década de la vida tenemos que sospechar malignidad.

Todas las lesiones de tipo quístico eran benignas. Comprobamos que el presentar crecimiento y/o pigmentación no eran signos de malignidad.

Debido al uso de una hoja de calculo, ahora sabemos lo infrecuente de las lesiones de carúncula, mismo caso que en que otras series.^{7, 8, 9,10.}

9.2.-Párpado:

En la nuestro estudio el Carcinoma Basocelular, es el mas frecuente, pero el nevo y el papiloma fueron las siguientes en importancia ^(11-15.) Representan un poco mas del 20%, de especimenes estudiados en el departamento de patología ocular. (152 lesiones de párpado por 1291 lesiones en total.)

Varios orígenes, lo cual da lugar a una variedad de lesiones, de las cuales tuvimos 15 diferentes enfermedades de los párpados.

Coincidiendo nuestros resultados con las series publicadas, entre las lesiones más comunes tenemos el papiloma y el nevo en la mayoría de series.

9.3.-Hoja de cálculo:

La hoja de cálculo es una forma de guardar información que ofrece ventajas sobre otras formas tradicionales de guardar dicha información.

Es una excelente herramienta para manejo de información epidemiológica, permite hacer gráficas, cálculos matemáticos, aplicar fórmulas de estadística, realizar gráficas, permite simular situaciones con el objeto de efectuar análisis sobre las mismas¹

Con esta herramienta podemos recuperar información que se encuentra en medios no digitalizados, para hacer uso de ellos.

Muestreo sesgado ya que solo se toma biopsia de tejido clínicamente sospechoso. Debido al alto índice de diagnóstico clínico erróneo y a que es un hospital escuela recomendamos mandar todo a análisis patológico

El presente trabajo pretende que se tenga esta información a la mano para uso de los residentes, ya que consideramos que extenderlo sería enriquecedor, para continuar con estadísticas con pacientes Mexicanos.

Una de las partes duras del trabajo fue sin duda la captura de la información, pero al mismo tiempo se van creando habilidades en el conocimiento del programa, que serán de utilidad para aplicar después.

10.-BIBLIOGRAFÍA:

10.1.-Referencias de la Introducción:

- 1.-Kathy Ivens, Excel 2002. Uso avanzado McGraw Hill. 2004
- 2.- Guerrero Rodríguez V, González Carlos Luis, Medina Ernesto, Epidemiología, Fondo educativo interamericano. 1984.
- 3.- Bioestadística: Métodos y Aplicaciones. Versión electrónica del manual de la Universidad de Málaga U.D. Bioestadística. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. ISBN: 847496-653-1
Bioestadística: Apuntes en vídeo
4. - Feinstein Alvan R, Multivariable Analysis: An introduction. Yale University Press. 1996
- 5.- Martínez Tellería A, Palacios Córdova C, " Diseño práctico del trabajo de investigación en dolor". V reunión de la sociedad del Dolor. (Granada 2001) < <http://www.sedolor.es/ponencia.php?id=259> >

10.2.-Carúncula:

- 6.-Kathuria SS, Howarth D, Hurwitz JJ, Oestreicher J. An anatomic and histologic study of the caruncle. Ophthal Plast Reconstr Surg 1999; 15: 407-411.
- 7.-Santos A, Gómez-Leal A. Lesions of the lacrimal caruncle. Clinicopathologic features. Ophthalmology 1994; 101: 943-949.
- 8.-Shields CL, Shields JA, White D, Augsburger JJ. Types and frequency of lesions of the caruncle. Am J Ophthalmol 1986; 102: 771-778
- 9.-Luthra CL, Doxanas MT, Green WR. Lesions of the caruncle: a clinicohistopathologic study. Surv Ophthalmol 1978; 23: 183-195.
- 10.-Evans W. E: Tumor of the lacrimal caruncle: A study of two hundred collected cases: Arch. Ophthalmol. 24: 83, 1940.
- 11.-Shields CL, Shields JA, Arbizu V, Augsburger JJ. Oncocytoma of the Caruncule. Am J Ophthalmol 1986; 102: 315-319
- 12.-Lass JH, Jenson AB, Papele JJ, Albert DM: Papilloma virus in human conjunctival papillomas. Am J Ophthalmol 95:364, 1983

BIBLIOGRAFÍA

- 13.-Lass JH, Grove AS, Papele JJ et al: Detection of human papilloma virus DNA sequences in conjunctival papilloma. *Am J Ophthalmol* 96:670, 1983
- 14.-Lie A, Mooy C, van den Bosh W, Paridaens D. Caruncle tumor as the first sign of metastatic lung carcinoma. *Am J Ophthalmol* 2002; 134: 438-439
- 15.-Lam DS, To KF, Fan DS, Cheuk W. An uncommon malignant neoplasm of the caruncle. Report of a case of undifferentiated carcinoma. *Arch Ophthalmol* 1998; 116: 374-376.
- 16.- Programa de actualización continua para El dermatólogo. Sociedad Mexicana de Dermatología, A.C. Edición de Intersistemas, S.A. de C.V.
- 17.-Shields CL, Shields JA. Tumors of the conjunctiva and cornea. *Surv Ophthalmol* 2004; 49: 3-24.
- 18.- Shields CL, Fasiudden A, Mashayekhi A, Shields JA. Conjunctival nevi: clinical features and natural course in 410 consecutive patients. *Arch Ophthalmol* 2004; 122: 167-175.

10.3.-Párpado:

BASICAS

19. - Duke-Elder s, ed. System of Ophthalmology Vol.XIII: The Ocular Adnexa. Pt.I: Diseases of the Eyelids. London: Henry Kimpon, 1974
20. -Wolff, E: Anatomy of the Eye and Orbit. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1968, Pp 221-492
21. - Salcedo Casillas Guillermo "Ptosis palpebral, diagnostico y tratamiento"

CA BASOCELULAR

- 22.-Gretta H.Jacobs MB, Rippey JJ, Altini M, Dent M.Prediction of Aggressive Behavior in Basal Cell Carcinoma. *Cancer* 1982; 49: 533 – 537.
- 23.-Margo, Curtis E. Walz, Kevin: Basal cell carcinoma of the eyelid & periocular skin" *Surv ophthalmol*, 38,169:192, 1993.
- 24.-Einaugler RB, Henkind P: Basal cell epithelioma of the eyelid: Apparent incomplete removal. *Am J Ophthalmol* 67:413, 1969
- 25.-Doxanas MT, Green WR, Iliff CE: Factors in the successful surgical management of basal cell carcinoma of the eyelids. *Am J Ophthalmol* 91:726, 1981
- 26.-Davies R, Briggs JH, Levine MR et al: Metastatic basal cell carcinoma of the eyelid. *Arch Ophthalmol* 113:634, 1995
- 27.-Howard GR, Nerad JA, Carter KD et al: Clinical characteristics associated with orbital invasion of cutaneous basal cell and squamous cell tumors of the eyelid. *Am J Ophthalmol* 113:123, 1992
- 28.-Aldred W.V, Galvis - Ramírez V, Nicholson D. H: Intra ocular invasion by Basal Cell Carcinoma of the Lid. *Arch Ophthalmol* 98, Oct 1980.

BIBLIOGRAFÍA

- 29.-Tse D. T, Kersten R.C, Anderson R.L: Hematoporphyrin Derivate Photoradiation Therapy in Managing Nevoid Basal – Cell Carcinoma Syndrome: Arch Ophthalmol 102, July 1984.
- 30.-Morley M, Finger P. T, Perlin M, Weiselberg L. R, De Blasio D. S: Cis- platinum chemotherapy for ocular basal cell carcinoma: Br J Ophthalmol 1991, 75,407- 410.
- 31.-Pieh S. Kuchar A, Novak P, Kunstfeld R, Nagel G, Steinkogler F J: Long term results after surgical basal cell carcinoma excision in the eyelid region:Br J Ophthalmol 1991, 75,407- 410.
- 32.-Boniuk M, Zimmerman L. E, Eyelid Tumor With Reference to Lesions Confused With Squamous Cell Carcinoma: II Inverted Follicular Keratosis: Arch Ophthalmol 69, June 1963.
33. - Peterson R. A, Aaberg T. M, Smith T. R: Solid vs Cystic Basal Cell Epitheliomas of the Eyelids: Arch Ophthalmol 79, Jan 1968.
- 34.-Fayos, Juan.Wilderdmuth, Orlliss. Carcinoma of the skin eyelids Arch Ophthalmol.67:298-302 1961
- 35.-Sidney A Fox, International ophthalmology clinics, Affections of the eyelids, Little brown and company, march, 1964
- 36.- Jhon W. Payne,MD; James R. Duke, MD; Robert Butner, MD; AB; and David E. Eifrig,MD,, Basal Cell Carcinoma of The Eyelids. A Long-Term Follow-Up Study, Arch Ophthal-Vol 81, April 1969

GLÁNDULAS SEBÁCEOS

- 37.- Khan JA, Doane JF, Grove AS: Sebaceous and meibomian carcinomas of the eyelid. Ophthalmic Plast Reconstr Surg 7:61, 1991
- 38.-Boniuk M, Zimmerman LE: Sebaceous carcinoma of the eyelid, eyebrow, caaruncle, and orbit. Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol 72:619, 1968
39. Kass LG, Hornblass A: Sebaceous carcinoma of the ocular adnexa. Surv Ophthalmol 33:477, 1989
40. Reifler DM, Hornblass A: Squamous cell carcinoma of the eyelid. Surv Ophthalmol 30:349, 1986
- 41.-Nava- Pérez A, Nava – Castañeda A, Ordóñez A. Ortiz Hidalgo C, Schneider-Erenberg O P. Carcinoma de células de Merkel Vision Pan – America. Nov 2003; 11 - 13

BIBLIOGRAFÍA

LESIONES VASCULARES E INFLAMATORIAS

42. - Iwamoto T, Jakobiec FA: Ultra structural comparison of capillary and cavernous hemangioma of the orbit. Arch Ophthalmol 97:1144, 1979
- 43.-Haik BG, Jakobiec FA, Ellsworth RM et al: Capillary hemangioma of the lids and orbit: An analysis of the clinical features and therapeutic results of 101 cases. Ophthalmology 86:760, 1979
44. Stigmar G, Crawford JS, Ward CM et al: Sequelae of infantile hemangiomas of the eyelids and orbit. Am J Ophthalmol 85:806, 1978
45. - Haik BG, Jakobiec FA, Ellsworth RM et al: Capillary hemangioma of the lids and orbit: An analysis of the clinical features and therapeutic results of 101 cases. Ophthalmology 86:760, 1979

LESIONES PIGMENTADAS

- 46.- Clara G. Gómez Cabrera, Iraida Falcón Márquez, Vladimir Villamil Martínez, Carmen María Padilla González Lesiones pigmentadas de párpado y conjuntiva Rev. Cubana Oftalmol 2002; 15(1):57-61

SERIES:

47. - Fayos, Juan.Wildermuth, Orliiss. Carcinoma of the skin eyelids Arch Ophthalmol.67:298-302 1961
- 48.-Doxanas MT, Green WR, Arentsen JJ et al: Lid lesions in childhood: A histopathologic survey of the Wilmer Institute (1923-1974). Pediatr Ophthalmol 13:7, 1976
49. Aurora AL, Blodi FC: Lesions of the eyelids: a clinicopathological study. Surv Ophthalmol 15:94, 1970
50. Martin, Hayes E Cancer of the eyelids Arch Ophthalmol. 22, 1-19, 1939
- 51.-Welch R. B, Duke J. R: Lesions of the lid: A statistical note: Am J Ophthalmol 1958; 45: 415-6.