



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**INSTITUTO DE OFTALMOLOGÍA
FUNDACIÓN DE ASISTENCIA PRIVADA
CONDE DE VALENCIANA, I.A.P.®**

**PREVALENCIA Y COMPORTAMIENTO DE TUMORES
PALPEBRALES MALIGNOS EN POBLACIÓN MEXICANA
EN UN CENTRO DE REFERENCIA OFTALMOLÓGICA**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

OFTALMOLOGÍA

PRESENTA:

DRA. YURICO YAMILETH LÓPEZ CONTRERAS

TUTOR-DIRECTOR DE TESIS:

DR. JOSÉ LUIS TOVILLA CANALES



CIUDAD DE MÉXICO, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

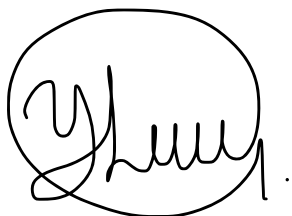
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

CESIÓN DE DERECHOS

En la Ciudad de México, México, el día 22 del mes de agosto del año 2022, la que suscribe Dra. Yurico Yamileth López Contreras, alumna del programa de Oftalmología o Alta Especialidad del Posgrado de la Facultad de Medicina sede académica Instituto Fundación de Asistencia Privada “Conde de Valenciana” I.A.P. manifiesta que es la autora intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección del Dr. José Luis Tovilla Canales y cede los derechos del trabajo titulado “PREVALENCIA Y COMPORTAMIENTO DE TUMORES PALPEBRALES MALIGNOS EN POBLACIÓN MEXICANA EN UN CENTRO DE REFERENCIA OFTALMOLÓGICA” a la Universidad Nacional Autónoma de México para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del director del trabajo bajo reserva de contravenir tácitamente a la ley Federal de derechos y protección del autor. El permiso puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección electrónica: yuricolopez@gmail.com. Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.



Dra. Yurico Yamileth López



Dr. José Luis Tovilla Canales

Jefe del departamento de
Oculoplástica Fundación Conde
de Valenciana IAP

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi mamá, a mi papá, a mis hermanos y a mi novio:

Por su apoyo incondicional

Por el esfuerzo imparable para que yo esté aquí

Por acompañar e impulsar mis sueños

Por ser mi mayor motivación

Por su cariño que me abraza a distancia

Pero sobre todo por nunca haber dejado de confiar en mí.

Agradezco a José Luis Tovilla:

Por siempre recibirme con una sonrisa y nunca dudar en apoyarme

Gracias por ser inspiración para quienes soñamos con seguir tus pasos.

ÍNDICE

<u>RESUMEN</u>	<u>5</u>
<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>6</u>
<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	<u>11</u>
<u>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</u>	<u>11</u>
<u>JUSTIFICACIÓN</u>	<u>11</u>
<u>OBJETIVOS</u>	<u>12</u>
<u>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</u>	<u>13</u>
<u>MATERIALES Y MÉTODOS</u>	<u>13</u>
<u>CONSIDERACIONES ÉTICAS</u>	<u>17</u>
<u>RESULTADOS</u>	<u>18</u>
<u>DISCUSIÓN</u>	<u>23</u>
<u>CONCLUSIÓN</u>	<u>25</u>
<u>REFERENCIAS</u>	<u>26</u>

RESUMEN

Los tumores palpebrales, son una de las patologías más comúnmente evaluadas en la práctica oftalmológica diaria. Aproximadamente 5-10% de los tumores de la piel ocurren en los párpados. Principalmente se pueden dividir en tumores benignos y malignos. La incidencia de este tipo de lesiones es en su mayor parte un resultado de factores ambientales, incluyendo exposición a luz ultravioleta, predisposición genética e incluso factores demográficos y ambientales, con una consecuente variación geográfica. A pesar de que no suelen ser lesiones letales, un diagnóstico tardío conlleva consecuencias funcionales y estéticas importantes. El diagnóstico clínico se complementa importantemente con la histopatología, que permite además de la planificación quirúrgica, terapia y seguimiento adecuados, ya que estos últimos varían de acuerdo a la estirpe identificada.

Los tumores palpebrales malignos, si diagnosticados tardíamente, conllevan un peor pronóstico funcional y estético. El conocimiento de la prevalencia y comportamiento de los diferentes tipos de tumores malignos palpebrales y sus manifestaciones clínicas, es de suma importancia para enriquecer la práctica clínica oftalmológica y proveer una mejora en la detección, manejo y seguimiento adecuados de estas lesiones. Es por ello que en este estudio, se buscó analizar en un periodo de seis años a los pacientes con diagnóstico de tumores palpebrales malignos, de acuerdo a sus características demográficas, la correlación del diagnóstico clínico con el histopatológico de manera retrospectiva, así como las variables de comportamiento de este tipo de tumores palpebrales de acuerdo al manejo recibido, mediante los registros en el expediente electrónico, descubriéndose que el tipo de tumor maligno en párpados más frecuente en nuestra muestra fue el carcinoma de células basales en su variedad ulcerativa.

INTRODUCCIÓN

Un tumor, es un aumento de volumen circunscrito de un tejido, que además del significado más común que conlleva la formación de tejido nuevo, también incluye inflamación y edema.¹

Los tumores palpebrales, son una de las patologías más comúnmente evaluadas en la práctica clínica oftalmológica. La piel periorcular y los párpados, son sitios comunes de lesiones neoplásicas en la cabeza y cuello. Aproximadamente 5-10% de los tumores de la piel ocurren en los párpados.² Esta clase de tumores, son raramente letales, sin embargo un diagnóstico tardío requiere cirugía más invasiva, con los consecuentes efectos adversos cosméticos y funcionales.³ Dentro de estos últimos, se destaca disminución visual por bloqueo del campo visual o alteración de la forma normal de los párpados.

La incidencia de tumores palpebrales es en su mayor parte un resultado de factores ambientales, incluyendo exposición a la luz solar y radiación ultravioleta, así como factores genéticos, incluyendo pigmentación cutánea. De esta manera, la presencia de estos tipos de tumoraciones, muestran una interesante variación geográfica.⁴ Incluso las condiciones climáticas pueden influenciar la frecuencia de cierto tipo de lesiones tumorales en los párpados, por ejemplo, la mayor incidencia de hidrocistoma en un estudio Saudí, se atribuye a un clima cálido y la actividad excesiva de las glándulas sudoríparas en los habitantes de esta región.⁵

El espectro clínico de los tumores palpebrales es heterogéneo, se pueden clasificar según su origen en congénitos, inflamatorios/infecciosos, neoplásicos y según su gravedad, en lesiones benignas y malignas.⁶

Los párpados se componen de cuatro capas: piel y tejido subcutáneo incluyendo sus anexos, músculo estriado (orbicularis oculi), tarso con las glándulas de meibomio y conjuntiva palpebral.⁷ La piel de los párpados es la más delgada de todo el cuerpo y carece de grasa subcutánea, pero contiene todas las demás estructuras cutáneas. El epitelio de la piel es escamoso estratificado queratinizado. Los melanocitos se distribuyen en la capa basal del epitelio. La dermis contiene tejido fibroso, vasos sanguíneos, vasos linfáticos y nervios. Los párpados son ricos en tejido glandular: glándulas ecrinas (glándulas sudoríparas de la piel de los párpados y las glándulas lagrimales accesorias de Krause y Wolfring), glándulas apocrinas de Moll y glándulas

sebáceas (glándulas de meibomio y de Zeiss). La entrada orbitaria está cubierta por completo por el músculo orbicular ocular, un músculo estriado compuesto de partes pretarsales y preseptales y una parte ordinaria localizada sobre los huesos orbitarios externos. Los tarsos (superior e inferior) se componen por una placa firme de tejido conectivo denso y las glándulas de meibomio se encuentran inmersas en el tejido conectivo de estas placas. La superficie posterior de los párpados, está revestida por la conjuntiva palpebral, una membrana mucosa translúcida que está compuesta de epitelio y estroma subepitelial. El epitelio de la conjuntiva tarsal es primordialmente cuboidal y contiene células calcificiformes. Los melanocitos se encuentran dispersos en la capa basal del epitelio. El estroma se compone de tejido conectivo fibrovascular.⁷⁻⁹

Los tumores palpebrales, al igual que los tumores de otras partes del cuerpo, se pueden clasificar, de acuerdo al tejido o célula de origen, y de acuerdo a características de benignidad o malignidad. Tanto los tumores benignos como malignos pueden surgir de cualquiera de las capas de los párpados.⁹⁻¹⁰ La mayoría de los tumores palpebrales son de origen cutáneo, primordialmente epidérmicos, que se pueden dividir en tumores epiteliales y melanocíticos. Las lesiones epiteliales benignas, carcinoma de células basales, lesiones quísticas y melanocíticas representan aproximadamente el 85% de todos los tumores palpebrales.¹¹ Se ha reportado en la literatura, que el carcinoma de células escamosas y melanoma son relativamente raros. Los tumores de anexos y estroma, dentro de los que se encuentran los tumores de glándulas sebáceas, de glándulas sudoríparas, de folículos capilares y lesiones quísticas, así como los tumores de tejido fibroso, lipomatoso, fibrohistiocítico, de músculo liso y músculo estriado, tumores vasculares, perivasculares, neurales, linfoides, plasmacíticos, hamartomas, coristomas y tumores de conjuntiva palpebral, son tumores menos frecuentes. Son comunes las lesiones inflamatorias e infecciosas que pueden simular neoplasias.

Los tumores epiteliales de la piel, se pueden clasificar de acuerdo a su comportamiento clínico y hallazgos histológicos en tres grupos principales: benignos, precancerosos y tumores malignos. El tumor benigno epitelial más común de la piel de los párpados es el papiloma escamoso, queratosis seborréica, hiperplasia pseudoepiteliomatosa, queratoacantoma y queratosis folicular invertida. El papiloma escamoso es el tumor epitelial benigno más común del párpado y característicamente se encuentra como una lesión sésil o pedunculada con forma papilar y superficie queratinizada. Los papilomas escamosos pueden ser múltiples y típicamente ocurren en adultos de mediana y avanzada edad.¹² Dentro de las lesiones epiteliales premalignas y malignas más comunes, se encuentra la queratosis actínica, el xeroderma pigmentoso,

carcinoma de células basales y carcinoma de células escamosas. El carcinoma de células basales es el tumor maligno más común de la piel, y en países no-asiáticos representa el 85-95% de todos los tumores epiteliales malignos del párpado. Afecta más comúnmente al párpado inferior y canto interno. Ocurre principalmente en adultos y raramente en niños que no tienen una enfermedad predisponen. El factor de riesgo más importante es la exposición prolongada a luz ultravioleta. Existen varios tipos de presentación en el párpado: nodular y nodular-ulcerativo, pigmentado e infiltrativo (morfeiforme y esclerosante). La presentación más común es nodular y aparece como un nódulo elevado, firme y perlado, con vasos telangiectásicos pequeños en su superficie. A medida que aumenta en tamaño, el nódulo puede tener ulceración central.¹³ El carcinoma de células escamosas, es un tumor invasivo que emerge de la capa de células escamosas del epitelio de la piel. Afecta principalmente a individuos de edad avanzada con piel clara. Al igual que el carcinoma de células basales, el principal factor de riesgo es la exposición a luz ultravioleta. Comúnmente involucra el margen del párpado inferior y canto interno. Hablando del párpado superior y canto externo, este carcinoma es más común que el de células basales. Comprende alrededor del 5% de todas las neoplasias malignas del párpado.¹³ Puede emerger de novo o a partir de lesiones preexistentes como queratosis actínica, xeroderma pigmentoso, carcinoma in situ (enfermedad de Bowen) o posterior a radioterapia. Clínicamente se denota como un nódulo o placa elevada, indolora e indurada con ulceración central y bordes enrollados irregulares. Se puede presentar igualmente como una lesión papilomatosa o como cuerno cutáneo. La mayoría tiene un buen pronóstico si son detectadas a tiempo, de lo contrario, tienden a recurrir y expandirse localmente a estructuras adyacentes como la órbita y el sistema de drenaje lagrimal e incluso a la cavidad intracraniana. En caso de metástasis, este carcinoma se extiende a los nódulos linfáticos preauriculares y submandibulares principalmente.¹⁴⁻¹⁵

Hablando de tumores benignos melanocíticos del párpado, podemos encontrar a las efélides, léntigo simple, léntigo solar, nevus del párpado, nevus adquiridos y nevo de Ota. El nevo adquirido es el tipo más común y benigno de nevus. Se desarrolla durante la infancia y puede crecer durante la adolescencia. La exposición a la luz solar puede afectar su desarrollo y densidad. Pueden localizarse en cualquier sitio de la piel de los párpados y márgenes del párpado y puede involucrar a la conjuntiva. Son lesiones planas o elevada, usualmente pigmentadas, que raramente se transforman en melanoma.¹³ Los tipos de nevus que tienen mayor potencial de malignidad son raros en los párpados. Dentro de estas lesiones se encuentran el nevo de Spitz, que es una lesión rojiza de rápido crecimiento que usualmente aparece en infancia o adolescencia. Por otro lado, los nevus atípicos o displásicos,

comunes en la población caucásica, son nevos irregulares y de mayor tamaño con varios colores. En el caso del síndrome de melanoma familiar, tras un patrón de herencia autonómico dominante por mutaciones en el gen CDKN2A del cromosoma 9, los nevos tienden a transformarse en melanomas.¹⁶

Dentro de las lesiones malignas melanocíticas, especialmente el melanoma, es una condición muy rara que representa menos del 1% de todas las neoplasias malignas de la piel de los párpados. En este caso igualmente, la radiación ultravioleta es uno de los principales factores de riesgo, ocurriendo generalmente en adultos de avanzada edad con pieles claras. Los melanomas cutáneos del párpado se desarrollan más frecuentemente en el párpado inferior y pueden aparecer de novo o crecer a partir de una lesión pigmentada preexistente que incrementa en tamaño y cambia de forma y color. La mayoría de los melanomas evolucionan a partir del léntigo plano maligno. El melanoma de los párpados puede involucrar con frecuencia el margen de los párpados y cruzar la unión mucocutánea, afectando de igual manera la conjuntiva y confiriendo un peor pronóstico.¹⁷

Dentro de los tumores originados por los anexos palpebrales mencionados con anterioridad, el tumor de células sebáceas, es el segundo tumor maligno más común del párpado en caucásicos y representa un 5% de estos tumores. Sin embargo, en países asiáticos como India, China y Japón, tiene una prevalencia igual o mayor que el carcinoma de células basales. Se trata de un tumor altamente agresivo, capaz de invasión local severa o metástasis a nodos linfáticos regionales y órganos distantes, causando mortalidad hasta del 30%, aunque el diagnóstico oportuno y mejoras en el manejo de los últimos años, han disminuido la mortalidad a menos del 10%. El carcinoma de células sebáceas ocurre generalmente en pacientes de edad avanzada y es más común en mujeres y en el párpado superior. En el caso de individuos de menor edad, puede ocurrir después de radiación en la región periocular. Clínicamente se presenta como un nódulo solitario o difuso. La forma más común de presentación es un nódulo solitario firme, indoloro, subcutáneo, que emerge y se fija a partir del tarso o aparece en el margen del párpado cuando emerge de las glándulas de Zeiss. Esta entidad puede imitar a un chalazión, sin embargo, a diferencia del chalazión, esta condición genera pérdida de pestañas. El paciente puede ser diagnosticado inicialmente con blefaritis persistente unilateral y conjuntivitis por la tendencia del carcinoma a invadir el epitelio circundante.¹⁸⁻¹⁹

En cuanto al diagnóstico, además de una historia clínica detallada con especial atención en factores de riesgo, es importante evaluar clínicamente las

características de la lesión, dentro de las cuales existen algunas que se ha visto confieren mayor predicción de malignidad: infiltración, ulceración y pérdida de pestañas.²⁰

La infiltración se define como: Tumor que se disemina más allá de la capa de tejido en la cual comenzó y crece en los tejidos sanos que le rodean.¹² Ulceración se conoce como pérdida de sustancia en las capas de la piel o en mucosas que no tiende a cicatrización.²¹

Hablando de la pérdida de pestañas en este contexto se reconoce como la ausencia de pestañas en borde palpebral asociado a la localización de la lesión.¹²

El examen histológico juega un papel confirmatorio que además confiere la evaluación adecuada de los márgenes de incisión de las lesiones neoplásicas. Así mismo, el conocimiento histopatológico de la lesión a extirpar, también ayuda en la planificación quirúrgica. Especialmente en el caso de hallazgos clínicos poco claros, el examen histológico es fundamental para el diagnóstico correcto, así como para la terapia y el seguimiento del paciente.⁶

Como medidas preventivas, se opta por promover el cese de factores de riesgo modificables como la exposición prolongada a radiación ultravioleta sobre todo en edades tempranas y el tabaquismo. Así mismo, es importante un adecuado seguimiento del paciente aún después de resecadas las lesiones por al menos 5 años.

El tratamiento gold-standard para las neoplasias malignas de la región periorcular es la escisión quirúrgica, con control de márgenes, siendo necesaria la extirpación en casos de invasión orbitaria. Sin embargo, en pacientes con invasión significativa de tejido adyacente o presencia de metástasis, la resección completa podría no ser posible. En estos casos la radioterapia es una opción viable que igualmente es efectiva en pacientes con riesgo alto de recidiva local. Finalmente, en aquellos pacientes donde no sea posible alguna de estas dos alternativas, se puede optar por terapia dirigida hacia la vía de hedgehog (en el caso de carcinoma de células basales) o dirigida hacia el receptor de crecimiento epidérmico (en carcinoma de células escamosas). (2,

22-23)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Siendo los tumores palpebrales una de las patologías más frecuentemente evaluadas en la consulta oftalmológica, con implicaciones funcionales y estéticas deletéreas en el caso de malignidad cuando se demora su diagnóstico, es vital ahondar en las características y tipos predominantes de estas lesiones que característicamente presentan variación geográfica, por medio de la implementación de mayores estudios epidemiológicos y descriptivos en México que sustenten mayormente la sospecha diagnóstica y poder instaurar un tratamiento y seguimiento adecuados.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de los tumores palpebrales malignos más frecuentes en un centro de referencia oftalmológica en México?

JUSTIFICACIÓN

Los tumores palpebrales malignos, si diagnosticados tardíamente, conllevan un mal pronóstico funcional y estético. En el caso de invasión local, la reconstrucción quirúrgica representa un reto para preservar la anatomía y función de los párpados cuando se busca una escisión con márgenes negativos. En situaciones más devastadoras, existe invasión más agresiva que puede alcanzar órganos distantes y consigo, un pronóstico mayormente sombrío. Por lo que realizar un diagnóstico adecuado en tiempo y forma son esenciales para mejorar el pronóstico.

El conocimiento de la prevalencia de los diferentes tipos de tumores malignos palpebrales y su comportamiento clínico, es de suma importancia para enriquecer la práctica clínica oftalmológica y proveer una mejora en la detección, manejo y seguimiento adecuados de estas lesiones. Sin embargo, los estudios epidemiológicos acerca de este tipo de lesiones en México, son escasos. El presente estudio tiene la finalidad de evaluar la prevalencia de tumores palpebrales malignos, considerándolo de gran impacto para sociedad, ya que se trata de un estudio realizado en un centro mexicano de concentración de tercer nivel.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar la prevalencia de tumores palpebrales malignos en un centro de referencia oftalmológica en México.

Objetivos específicos:

1. Conocer el número de pacientes con tumores palpebrales malignos que se les confirmó el diagnóstico por medio de histopatología.
2. Analizar cuáles fueron los tipos de tumores palpebrales malignos más comúnmente diagnosticados.
3. Analizar las características demográficas de los pacientes con diagnóstico de tumores palpebrales malignos.
4. Analizar la presencia de características clínicas sugerentes de malignidad en pacientes con diagnóstico de tumores palpebrales malignos confirmado por histopatología, tales como: ulceración, pérdida de pestañas e infiltración.
5. Analizar el tratamiento quirúrgico o médico otorgado a pacientes con sospecha o confirmación de tumores palpebrales malignos.
6. Evaluar el seguimiento de los pacientes con tumores palpebrales malignos, registrando el comportamiento de las lesiones: recidiva, progresión y resolución.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Con base a los criterios de inclusión, se tomaron en cuenta en el estudio a pacientes con diagnóstico o sospecha de tumores palpebrales malignos del Instituto de Oftalmología FAP Conde de Valenciana, a quienes se les solicitó estudio de histopatología y que contaran con expediente clínico electrónico con el reporte de histopatología y seguimiento en el cual se describieran los hallazgos clínicos, demográficos y el tratamiento instaurado.

Como parte de protocolo del Instituto de Oftalmología FAP Conde de Valenciana, los pacientes son inicialmente valorados en el servicio de Consulta Integral. Posteriormente, dependiendo su diagnóstico inicial, se envían al servicio de alta especialidad que corresponda. Los pacientes que cuentan con el diagnóstico de “tumores palpebrales” se envían al servicio de Oculoplástica del Instituto de Oftalmología FAP Conde de Valenciana para continuar su seguimiento, realizar diagnóstico definitivo por medio de histopatología y recibir tratamiento pertinente. De esta manera, los pacientes de interés para el presente estudio, se concentraron en el servicio de Oculoplástica del instituto.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mexicanos, de ambos sexos
- Pacientes de cualquier edad
- Pacientes que hayan acudido por aumento de volumen, cambio de coloración palpebral, pérdida de pestañas o ulceración en los cuales se sospechó de tumores palpebrales malignos.
- Pacientes con el diagnóstico de tumores palpebrales malignos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con expediente electrónico incompleto.
- Pacientes sin resultado de histopatología de la tumoración palpebral.

Una vez captada la base de datos se realizó una descripción del seguimiento de los pacientes por medio del expediente electrónico, donde se analizaron las características demográficas de los pacientes, así como la presencia de algunas de las principales características clínicas de tumores palpebrales sugerentes de malignidad (infiltración, ulceración y pérdida de pestañas), el diagnóstico que se le atribuyó por parte de su médico tratante con base en los hallazgos clínicos y posteriormente, con base en el resultado de histopatología. Además de registrar el tratamiento que se le otorgó a cada paciente y el seguimiento posterior.

Tamaño de la muestra: Como estudio piloto se utilizó una muestra de acuerdo a conveniencia del investigador, con base al número de expedientes que se pudieron recolectar en el tiempo establecido.

Variable	Definición operativa	Tipo	Escala de medición
Edad	Número de años de vida	Cuantitativa, continua	Años
Sexo	Interrogatorio	Cualitativa, nominal	Femenino o masculino
Capacidad visual	Máximo número de letras vistas por el paciente con su agudeza visual mejor corregida	Cuantitativa, continua	Cartilla de Snellen LogMAR
Tipo de tumor diagnosticado por histopatología	Estirpe de la neoplasia maligna	Cualitativa, nominal	Carcinoma basocelular, carcinoma epidermoide, carcinoma de células sebáceas, carcinoma de Merkel, melanoma.
Infiltración	Tumor que se disemina más allá de la capa de tejido en la cual comenzó y crece en los tejidos sanos que le rodean	Cualitativa, nominal	Presencia o ausencia
Ulceración	Pérdida de sustancia en las capas de la piel o en mucosas que no tiende a cicatrización.	Cualitativa, nominal	Presencia o ausencia

Pérdida de pestañas	Ausencia de pestañas en borde palpebral asociado a la localización de la lesión	Cualitativa, nominal	Presencia o ausencia
Tratamiento realizado	Terapia establecida en pacientes con diagnóstico de tumores malignos palpebrales	Cualitativa, nominal	Quirúrgico o Médico o Ambos
Evolución	Respuesta de la lesión tumoral al tratamiento instaurado	Cualitativa, nominal	Recidiva, progresión o resolución

Se realizó estadística descriptiva de las variables previamente descritas. Las variables categóricas se reportaron en términos de frecuencias y porcentajes.

Al final se realizó la discusión con base en los resultados obtenidos, haciendo énfasis en los hallazgos confirmados por histopatología y la prevalencia de las lesiones tumorales malignas de párpados más comunes.

Se utilizó la cartilla de Snellen para evaluar la agudeza visual, que posteriormente fue convertida al logaritmo del mínimo ángulo de resolución (LogMAR) para el análisis estadístico. Los resultados se presentaron como tablas y gráficas de barras.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se ajustó a los principios de la Declaración de Helsinki, además de que, conforme al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en el artículo 17, este estudio al realizarse, fue sin riesgo alguno.

Se trata de una serie de casos descriptiva que abarca un periodo de 6 años, en el que resulta prácticamente imposible recabar los consentimientos informados de todos los sujetos del estudio, por lo que el requisito del mismo haría impráctico la realización del estudio. Todos los datos recabados durante el estudio fueron obtenidos del expediente electrónico de forma retrospectiva, siendo estrictamente confidenciales y utilizados únicamente con fines de investigación, tomándose la información que no contenga datos de carácter personal que permita la identificación del paciente.

Se prescinde del uso del consentimiento informado por ser un estudio sin riesgo para el paciente, además de que no se usaron datos de identificación personal.

De acuerdo al formato de evaluación de protocolos de investigación del comité de bioseguridad de nuestra institución, no existen criterios que atenten contra la bioseguridad de los pacientes o de los investigadores al realizar el estudio, ya que al haber sido un estudio observacional con las especificaciones previamente mencionadas, no se trabajó con agentes biológicos, no se utilizaron agentes corrosivos, reactivos, explosivos, tóxicos ni inflamables, además de que no se hizo uso de fuentes de radiación, por lo que no hay aspectos que denoten un posible riesgo a la bioseguridad que haya existido al realizar este estudio.

La realización del presente estudio fue aprobado por el Comité de Investigación Fundación Conde de Valenciana IAP con número de protocolo **CI-021-2022**, por el Comité de Ética en Investigación Fundación Conde de Valenciana IAP (**CEI-2022/08/08**) así como por el Comité de Bioseguridad Fundación Conde de Valenciana IAP (**CB-022-2022**).

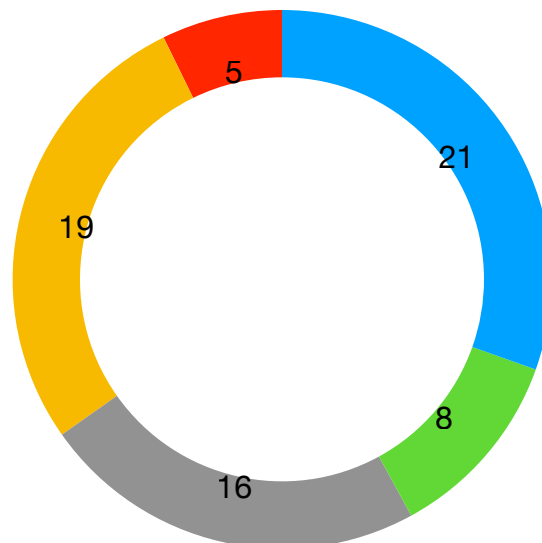
RESULTADOS

Durante el periodo establecido se recabaron 131 expedientes de pacientes con diagnóstico de tumoraciones palpebrales, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión junto con el expediente clínico completo. De los pacientes estudiados, se encontró que 53 eran hombres (40.45%) y 78 mujeres (59.54%), con edad promedio de 60.0 años dentro de un rango de edades de 4 a 92 años. Se constató por examen histopatológico que en 76 de los 131 expedientes analizados (58.01%), el resultado fue un tumor maligno.

Dentro del grupo de tumores malignos, la edad promedio de presentación fue de 70.5 años con un rango de edades de 26 a 92 años y un tiempo promedio en acudir a consulta desde iniciados los signos y síntomas de 17.2 meses. La agudeza visual reportada fue en promedio de 0.3 LogMar con un rango de 1.00 LogMar a movimiento de manos. La localización más frecuente de lesiones malignas palpebrales fue en párpado inferior (57.14%), seguida de párpado superior (23.80%), canto interno (17.85%) y canto externo (1.19%). El ojo izquierdo fue el más comúnmente afectado en un 53.75%.

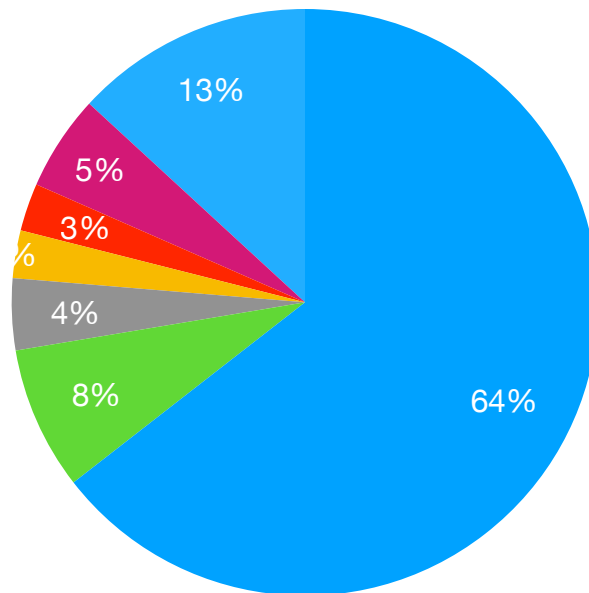
En cuanto al tipo de tumor palpebral maligno más frecuentemente diagnosticado fue el carcinoma basocelular (CBC) en 49 de 76 pacientes (64.47%), siendo la variedad ulcerativa la más comúnmente diagnosticada en 21 pacientes (42.85%), seguida del tipo adenoideo en un 38.77%, el tipo esclerosante en un 32.65%, el nodular en un 16.32% y finalmente el pigmentado en un 10.20% (algunos casos se reportaron con más de una variedad).

● Ulcerativo ● Nodular ● Esclerosante ● Adenoideo
● Pigmentado



El segundo tipo de tumor palpebral maligno más diagnosticado fue el carcinoma epidermoide o de células escamosas en un 7.8% (6 pacientes). Le siguieron el carcinoma de glándulas sebáceas (CGS) en un 3.9% (3 pacientes), el melanoma palpebral en un 2.6% (2 pacientes), linfoma no Hodgkin (LNH) en un 2.6% (2 pacientes), carcinoma mucinoso de párpados en un 2.6% (2 pacientes) y carcinoma indiferenciado tipo linfopitelioma en un 2.6% (2 pacientes).

Otros tumores malignos diagnosticados en menor medida fueron el carcinoma de células de Merkel en un 1.3% y metástasis en 1.3%.



Se estudió la frecuencia de hallazgos clínicamente asociados a malignidad como infiltración, madarosis y ulceración y se encontró lo siguiente de acuerdo a los casos confirmados de malignidad con base en el reporte de histopatología: 27 casos reportaron datos infiltrativos locales, 37 datos de ulceración y 25 con pérdida de pestañas (madarosis). Estos tres tipos de cambios fueron más frecuentemente encontrados en el carcinoma basocelular (14 pacientes con infiltración, 31 pacientes con ulceración y 19 pacientes con pérdida de pestañas) y en segundo lugar en el carcinoma epidermoide (6 pacientes con infiltración, 3 pacientes con ulceración y 3 pacientes con madarosis). En el caso del carcinoma de glándulas sebáceas se reportó

infiltración en 2 pacientes, ulceración en 2 pacientes y pérdida de pestañas en 2 pacientes. En pacientes con carcinoma mucinoso, se reportó infiltración en 2 casos, ulceración en 1 paciente y madarosis en 1 paciente. En los pacientes con melanoma se encontró únicamente el dato de infiltración en 2 pacientes. Por último, en 1 paciente con linfoma se reportó infiltración evidente clínicamente.

Hallazgos clínicos en lesiones palpebrales malignas	Frecuencia (número de pacientes)
Infiltración	27 pacientes
Ulceración	37 pacientes
Pérdida de pestañas	25 pacientes

En el carcinoma basocelular el hallazgo clínico más frecuente fue ulceración (61.22%). En el carcinoma epidermoide el dato más común fue infiltración (100%). En el carcinoma de glándulas sebáceas el hallazgo más común fue infiltración y ulceración (66.66%). En el carcinoma mucinoso, el hallazgo más frecuente fue infiltración y madarosis (100%). En melanoma el único dato encontrado en los pacientes fue infiltración (100%).

Carcinoma Basocelular	
Hallazgo clínico	Frecuencia de presentación (porcentaje)
Infiltración	28.57%
Ulceración	61.22%
Pérdida de pestañas	38.77%
Carcinoma Epidermoide	
Hallazgo clínico	Frecuencia de presentación (porcentaje)
Infiltración	100%
Ulceración	50%

Carcinoma Basocelular	
Pérdida de pestañas	50%
Carcinoma de Glándulas Sebáceas	
Hallazgo clínico	Frecuencia de presentación (porcentaje)
Infiltración	66.66%
Ulceración	66.66%
Pérdida de pestañas	33.33%
Carcinoma Mucinoso	
Hallazgo clínico	Frecuencia de presentación (porcentaje)
Infiltración	100%
Ulceración	50%
Pérdida de pestañas	100%
Melanoma	
Hallazgo clínico	Frecuencia de presentación (porcentaje)
Infiltración	100%
Ulceración	0%
Pérdida de pestañas	0%

La correlación entre el diagnóstico clínico e histopatológico de tumores palpebrales malignos fue de 72.36%.

El manejo en casi todos los casos fue quirúrgico, excepto en un paciente con diagnóstico reportado de linfopitelioma en párpado inferior, donde se utilizó interferón no especificado para su manejo, posterior a biopsia escisional con bordes positivos, con reporte de resolución del cuadro. En los casos donde se realizó únicamente manejo quirúrgico, se realizó biopsia incisional en 12 pacientes y biopsia escisional o resección de la lesión en 70 pacientes.

En los tumores de dimensiones mayores se emplearon diferentes técnicas de reconstrucción, siendo la de Hughes la más utilizada. La técnica de Hughes se realizó en 16 pacientes, quienes contaban con compromiso del párpado inferior: en 10 casos con diagnóstico de carcinoma basocelular, 3 con diagnóstico de carcinoma de

glándulas sebáceas y en 1 paciente con melanoma. Se realizó la técnica de Hughes invertido en 3 pacientes con involucro de párpado superior: uno con diagnóstico de carcinoma epidermoide y dos con carcinoma basocelular. En dos casos con carcinoma basocelular y uno con carcinoma mucinoso localizados en tercio medial de párpado inferior y compromiso del canto interno, se realizó reconstrucción de Tenzel.

Se realizó exenteración en tres pacientes que contaban con diagnóstico de carcinoma epidermoide invasor y en dos pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular con invasión orbitaria. La edad promedio del grupo de pacientes que recibió exenteración fue de 81.6 años. El tiempo de evolución promedio de la lesión en estos pacientes fue de 27.2 meses, dentro de un rango de 16 a 48 meses. Específicamente, en los tres pacientes con diagnóstico de carcinoma epidermoide invasor, la media del tiempo de evolución fue de 17.3 meses (16-18 meses) y en los pacientes con carcinoma basocelular fue de 42 meses (36-48 meses).

En cinco casos estuvo indicado el manejo adyuvante sistémico y estudios de extensión (en tres con diagnóstico de carcinoma epidermoide invasor y dos casos con melanoma), para lo cual se refirió a los pacientes a un centro oncológico (Instituto Nacional de Cancerología). En el caso de los dos pacientes con melanoma cutáneo, se mantuvieron bajo remisión al momento del presente estudio. Por otro lado, los tres pacientes con diagnóstico de carcinoma epidermoide perdieron seguimiento desde 2021 posterior a su referencia a otro centro.

Se reportó recidiva en 3 casos; en dos pacientes con diagnóstico de carcinoma basocelular ulcerado y en un paciente con diagnóstico de carcinoma de glándulas sebáceas. En el resto de los pacientes se reportó remisión hasta el momento del estudio. Se estima una tasa de sobrevida general de 86.74%.

Hallazgos clínicos en lesiones palpebrales malignas	Frecuencia (número de pacientes)
Recidiva	3 pacientes
Pérdida de seguimiento	7 pacientes
Reporte de resolución o remisión	66 pacientes

DISCUSIÓN

Los tumores palpebrales son lesiones frecuentemente evaluadas en la práctica clínica, que aunque conllevan una baja tasa de letalidad, conviene estudiar siempre a fondo de la mano de un diagnóstico certero como la histopatología que nos permita guiar el abordaje y contribuir a preservar el globo ocular luego de una detección precoz.

Durante el presente estudio, se analizaron las principales causas de tumores palpebrales malignos, siendo el carcinoma basocelular el más frecuente. La variedad ulcerativa del carcinoma de células basales fue la más común en nuestra población de estudio, contrario a lo reportado por la literatura donde se establece la variedad nodular como la más frecuente. Se encontró también, que dentro de las características demográficas de nuestros pacientes, hubo una mayor frecuencia de casos diagnosticados en mujeres que en hombres. Si bien, los tipos de tumores diagnosticados no conllevan una predilección de sexo, esto podría indicar la existencia de un sesgo al ser mayor el número de mujeres que asisten a valoración cuando observan una lesión en los párpados o región periocular y no precisamente un factor inherente al sexo femenino para desarrollar lesiones tumorales malignas en los párpados.

El promedio de tiempo en el cual los pacientes acudieron a consulta para valoración de sus lesiones fue de 17 meses, con un rango entre 1 mes y 72 meses. Esto podría sugerir que existe poca consciencia dentro de la población para acudir a una revisión en el momento en el que se detecten este tipo de lesiones, para intentar evitar diagnósticos tardíos y alteración severa de la anatomía ocular.

La edad promedio de presentación de las lesiones malignas en los párpados fue de 70.5 años, lo cual coincide con la literatura donde se reporta la incidencia de este tipo de tumores en pacientes de edad avanzada.

La agudeza visual reportada fue en promedio de 20/60 (3.0 LogMar) con un rango de 20/20 a movimiento de manos, que en algunos casos estuvo asociado al compromiso ocular derivado de un tumor palpebral con invasión ocular, particularmente en el caso de un paciente que se encontraba en movimiento de manos, hubo un rezago de 5 años en el momento de inicio de signos y síntomas y el momento en el que se buscó atención médica.

Existe una adecuada correlación en el diagnóstico clínico e histopatológico cuando se sospecha de lesiones malignas de alrededor del 70%, donde se pudo constatar que la mayoría de los pacientes con diagnóstico confirmado por histopatología contaban con

alguna de las tres características clínicas reportadas como marcadores sugerentes de malignidad: ulceración, infiltración y/o madarosis. La ulceración fue el dato clínico más frecuente en la mayoría de las lesiones, seguido de datos infiltrativos, lo cual pone de manifiesto la importancia de sospechar malignidad cuando se reconocen estos hallazgos en la exploración.

Se diagnosticaron otros tipos de carcinomas como el carcinoma de células de Merkel, de glándulas sebáceas, mucinoso, melanoma, metástasis y linfoma no Hodgkin, lo cual nos muestra la amplia variedad de tumoraciones malignas que pueden presentarse en los párpados y área periorcular.

El manejo realizado en la mayoría de los casos fue quirúrgico, con buena tasa de resultados donde solo 3 pacientes mostraron recidiva y otros 5 requirieron manejo sistémico adyuvante. El carcinoma basocelular fue tratado con biopsia escisional con bordes libres en la mayoría de los pacientes, confiriendo un buen pronóstico; con excepción de dos pacientes que ameritaron exenteración. Sin embargo, en el caso del carcinoma epidermoide, el pronóstico fue peor ya que la mitad de estos pacientes presentaban datos de mayor invasión al momento del diagnóstico y fue necesario su referencia a otro centro para continuar el abordaje extensivo posterior a exenteración del globo ocular. Se ha reportado en la literatura que la principal causa de exenteración es el carcinoma basocelular, sin embargo en el presente estudio se encontró una mayor frecuencia de exenteración en casos con carcinoma epidermoide invasor, donde el tiempo de evolución promedio de la lesión fue mayor, siendo de 36 a 48 meses. Por otro lado, en el caso de quienes contaban con diagnóstico de carcinoma basocelular, el tiempo de evolución de la lesión fue en promedio de 17 meses. Se encontró entonces una correlación positiva con respecto al mayor tiempo de evolución de la lesión y necesidad de un abordaje quirúrgico más agresivo.

En cuanto a las técnicas de reconstrucción utilizadas, se empleó con mayor frecuencia la técnica de Hughes, con buenos resultados en los pacientes con involucro importante de párpado inferior. Se empleó la técnica de Tenzel en el caso de pacientes con involucro severo del canto interno y en caso de compromiso de párpado superior se realizó reconstrucción de Hughes invertida.

Por último, se estima una tasa de supervivencia general para los tumores palpebrales malignos de 86.74%, lo cual coincide con literatura previamente reportada por otros centros de referencia.

CONCLUSIÓN

Los tumores palpebrales malignos, cuando se diagnostican a tiempo, conllevan un pronóstico bueno en la mayoría de los casos. Es por esto, la importancia de un adecuado diagnóstico y manejo que permita al médico tratante otorgar las mejores alternativas para su tratamiento y la preservación de la anatomía y función ocular. El conocimiento de la epidemiología y comportamiento de lesiones malignas perioculares en nuestra población, otorga información sumamente valiosa en la práctica oftalmológica para la sospecha diagnóstica de estas lesiones.

Así mismo, los datos recabados en este estudio, sugieren que existe poco conocimiento en la población acerca de la importancia de evaluar prontamente estas lesiones, por lo que sería de utilidad concientizar de mayor manera a los pacientes y no olvidar como médicos, las diferentes variedades de presentación que puede tener un tumor palpebral maligno que en ocasiones pudiera confundirse con una lesión de carácter benigno. Por último, será esencial apoyarse siempre del diagnóstico histopatológico, ya que nos otorgará la pauta para el manejo.

REFERENCIAS

1. Seger, H. (1998). Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch. 258., neu bearb. Aufl., bearbeitet von der Wörterbuch-Redaktion des Verlages unter der Leitung von Helmut Hildebrandt. Berlin etc., de Gruyter, 1998. XXIII, 1745 S. III. DM 69.80/ SFr. 64.- (geb.); DM 52.-/ SFr. 47.- (brosch.). ISBN 3-11-014824-2 (geb.); 3-11-015676-8 (brosch.). *Gesnerus*, 55(1-2), 148-149. <https://doi.org/10.1163/22977953-0550102039>
2. Cook, B. E., Jr, & Bartley, G. B. (2001). Treatment options and future prospects for the management of eyelid malignancies: an evidence-based update. *Ophthalmology*, 108(11), 2088–2121. [https://doi.org/10.1016/s0161-6420\(01\)00796-5](https://doi.org/10.1016/s0161-6420(01)00796-5)
3. Hilovsky J. P. (1995). Lid lesions suspected of malignancy. *Journal of the American Optometric Association*, 66(8), 510–515.
4. Bagheri, A., Tavakoli, M., Kanaani, A., Zavareh, R. B., Esfandiari, H., Aletaha, M., & Salour, H. (2013). Eyelid masses: a 10-year survey from a tertiary eye hospital in Tehran. *Middle East African journal of ophthalmology*, 20(3), 187–192. <https://doi.org/10.4103/0974-9233.114788>
5. Al-Faky, Y. (2012). Epidemiology of benign eyelid lesions in patients presenting to a teaching hospital. *Saudi Journal Of Ophthalmology*, 26(2), 211-216. <https://doi.org/10.1016/j.sjopt.2011.05.005>
6. Herwig-Carl, M., & Löffler, K. (2018). Lidtumoren: Klinische Aspekte der Ophthalmopathologie. *Klinische Monatsblätter Für Augenheilkunde*, 235(07), 776-781. <https://doi.org/10.1055/a-0633-3120>
7. Arun D., Singh, Bertil E., Damato, & Pe'er, J. (2007). *Clinical ophthalmic oncology* (pp. 136-45). Saunders Elsevier.
8. Perry, J. D., & Singh, A. (2014). *Clinical Ophthalmic Oncology*. Berlin: Springer.
9. Pe'er, J. (2013). Eyelid Tumors: Classification and Differential Diagnosis. *Clinical Ophthalmic Oncology*, 9-16. https://doi.org/10.1007/978-3-642-38336-6_2

10. Campbell, R., & Sobin, L. (1998). Histological typing of tumours of the eye and its adnexa. Springer.
11. Kersten, R. C., Ewing-Chow, D., Kulwin, D. R., & Gallon, M. (1997). Accuracy of clinical diagnosis of cutaneous eyelid lesions. *Ophthalmology*, *104*(3), 479–484. [https://doi.org/10.1016/s0161-6420\(97\)30288-7](https://doi.org/10.1016/s0161-6420(97)30288-7)
12. Pe'er J. (2016). Pathology of eyelid tumors. *Indian journal of ophthalmology*, *64*(3), 177–190. <https://doi.org/10.4103/0301-4738.181752>
13. Shields, J., & Shields, C. (2008). Eyelid, conjunctival, and orbital tumors.
14. Nasser, Q. J., Roth, K. G., Warneke, C. L., Yin, V. T., El Sawy, T., & Esmaeli, B. (2014). Impact of AJCC 'T' designation on risk of regional lymph node metastasis in patients with squamous carcinoma of the eyelid. *The British journal of ophthalmology*, *98*(4), 498–501. <https://doi.org/10.1136/bjophthalmol-2013-304434>
15. Sun, M. T., Andrew, N. H., O'Donnell, B., McNab, A., Huilgol, S. C., & Selva, D. (2015). Periocular Squamous Cell Carcinoma: TNM Staging and Recurrence. *Ophthalmology*, *122*(7), 1512–1516. <https://doi.org/10.1016/j.optha.2015.04.002>
16. Schoenfield L, Singh AD. (2014). Benign squamous and melanocytic tumors. In: Pe'er J, Singh AD, editors. *Clinical Ophthalmic Oncology: Eyelid and Conjunctival Tumors*. 2nd ed. Berlin: Springer.
17. Pe'er J, Folberg R. (2014). Eyelid tumors: Cutaneous melanoma. In: Pe'er J, Singh AD, editors. *Clinical Ophthalmic Oncology: Eyelid and Conjunctival Tumors*. 2nd ed. Berlin: Springer.
18. Shields, J. A., Demirci, H., Marr, B. P., Eagle, R. C., Jr, & Shields, C. L. (2005). Sebaceous carcinoma of the ocular region: a review. *Survey of ophthalmology*, *50*(2), 103–122. <https://doi.org/10.1016/j.survophthal.2004.12.008>
19. Boniuk, M., & Zimmerman, L. E. (1968). Sebaceous carcinoma of the eyelid, eyebrow, caruncle, and orbit. Transactions - American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology. American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology, *72*(4), 619–642.

20. Leung, C., Johnson, D., Pang, R., & Kratky, V. (2015). Identifying predictive morphologic features of malignancy in eyelid lesions. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 61(1), e43–e49.
21. *NCI Dictionary of Cancer Terms*. National Cancer Institute. (2022). Retrieved 23 August 2022, from <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms>.
22. Yin, V. T., Merritt, H. A., Sniegowski, M., & Esmaeli, B. (2015). Eyelid and ocular surface carcinoma: diagnosis and management. *Clinics in dermatology*, 33(2), 159–169. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2014.10.008>
23. Silverman, N., & Shinder, R. (2017). What's New in Eyelid Tumors. *Asia-Pacific journal of ophthalmology (Philadelphia, Pa.)*, 6(2), 143–152. <https://doi.org/10.22608/APO.201701>