

11234

2oj' 5



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado

Hospital General del Centro Médico La Raza
Curso de Especialización en Oftalmología

ADENOCARCINOMA DE LA GLANDULA DE
MEIBOMIO EN NUESTRO MEDIO.
REVISION DE CASOS.

TESIS PROFESIONAL
Que para obtener el Título de
Especialista en Oftalmología Médico Quirúrgica
P r e s e n t a

DR. MARCO ANTONIO BERNAL ABARCA

Asesor: Andrés Galván de la Luz

DR. CARLOS ARNAIZ TOLEDO
Jefe de Enseñanza e Investigación
Hospital General C. M. R.

DR. FCO. JAVIER PADILLA DE ALBA
Titular del Curso de Postgrado de Oftalmología
UNAM.

Dr. preceptor: **ANDRES GALVAN DE LA LUZ**
Médico adscrito al Servicio de Oftalmología del Hospital
de Oncología del Centro Médico Nacional

México, D. F.

**TESIS CON
BALLA DE ORIGEN**

1985





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION.	1
INCIDENCIA.	1
LOCALIZACION.	2
ETIOLOGIA.	3
SIGNOS Y SINTOMAS.	4
DIAGNOSTICO.	6
CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS.	7
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.	8
TRATAMIENTO.	8
MATERIAL Y METODOS.	9
RESULTADOS.	12
CONCLUSIONES.	21
BIBLIOGRAFIA.	25

INTRODUCCION

A finales del siglo pasado se tenia duda sobre la existencia del Carcinoma de glándulas sebáceas de la piel, sin embargo, casos semejantes a tal condición fueron reportados por: Allaire (1891), Panas(1894), Snell(1896), Scott y Griffith(1900). Era cierta la existencia de tal entidad, como también lo era su rara incidencia. Sin embargo hubo autores como Morax(1926), quien llegó a afirmar que toda neoplasia de Glándulas sebáceas era de origen carcinomatoso, lo que en la actualidad ciertamente es falso. Posteriormente se suscitaron múltiples reportes en la literatura donde se confirmaba la existencia del adenocarcinoma de glándulas sebáceas, efectuandose además su diferenciación entre el adenoma de las mismas. Así autores como: Cabara(1920), Riva(1922), Lazarescu(1930), Lebensohn(1935), Toulant(1936), Hagedoorn(1937) y Lindeke(1950), presentan reportes en la literatura de sus respectivas casuísticas.

INCIDENCIA

El adenocarcinoma de la glándula de meibomio es esencialmente un tumor de glándulas sebáceas de distribución mundial aún cuando los orientales son los más afectados (1,8,9,11,12). La mayoría de los autores están de acuerdo en que su

incidencia corresponde al 0.2% de todos los tumores de los párpados y que representa el 1 al 2% de los cánceres (1,9).-- Asimismo están de acuerdo que pese a ser uno de los tumores más raros a nivel de los anexos oculares, representa el de mayor malignidad superado solo por el melanoma(1,2,9).

Usualmente afecta a ambos sexos, para algunos autores por igual y para la mayoría con discreta preponderancia por el femenino, así: Sweebe y Cogan encuentran una relación de 1.7: 1 a favor del femenino; Ginsberg del 1.3: 1 a favor del femenino y Boniuk y Zimmerman una relación de 1.5: 1 a favor del femenino. El grupo de edad más afectado está comprendido entre los 40 y los 80 años., con un promedio entre los 57 y los 60 años para la mayoría de los autores (1,8,9,12). Sin embargo, existen reportes en la literatura de afección a gente joven como el de Allaire en 1891, quien reporta un femenino de 11 años de edad; Knapp y Lazarescu que reportan una ocurrencia en 2 menores de 3 y 11 años de edad. Característicamente es un tumor que afecta preferentemente a adultos viejos (1,8,9,11,12).

LOCALIZACION

Los anexos oculares contienen glándulas sebáceas de las cuales el carcinoma puede originarse, se incluyen las de Meibomio localizadas en el espesor del tarso, las glándulas

de Zeis localizadas en el margen palpebral, carúncula y ceja, sin embargo es de mencionarse que hasta en un 17% el sitio de origen de la neoplasia es indeterminado(9).

La localización más frecuente del tumor es el párpado superior, siguiéndole en orden de frecuencia párpado inferior y más raras veces ceja y carúncula. (1,3,5,8,9,11,12,), así Scheie y colaboradores reportan que el tumor se desarrolla casi 2 veces más frecuentemente en el párpado superior que en el inferior y argumentan que esto probablemente sea debido al mayor número de glándulas localizadas en el párpado superior - en relación a los otros sitios de los anexos oculares.

ETIOLOGIA

Como corresponde a los cánceres su etiología es desconocida, sin embargo Justi en 1958 reporta el primer caso de adenocarcinoma de glándula sebácea consecutivo a radiación, el que ocurre en el dorso de la nariz.(4). A esto le siguen los reportes de Forrest en 1961, Constan y Leahy en 1968, Boniuk y Zimmerman en 1969 y finalmente en 1976 Schiernitzauer quien reporta 4 casos de adenocarcinoma de glándula sebácea - posteriores a terapia con radiación para hemangiomas cavernosos congénitos de la cara(4). Aunque si bien la radioterapia ha sido aceptada como causa etiológica de algunos cánceres, según los afirma Cade(4), no aclara el de los casos restantes

de adenocarcinomas de glándulas sebáceas mencionados en la literatura, por lo que actualmente su etiología aún permanece oscura.

SIGNOS Y SINTOMAS

Las características clínicas de esta entidad simulan en muchas ocasiones estados inflamatorios de los párpados y el segmento anterior(7), ya que esta neoplasia tiene una especial tendencia a imitar otras lesiones, tanto benignas como malignas de los párpados(2), así puede ser fácilmente confundida con estados inflamatorios crónicos del segmento anterior tales como: Blefaroconjuntivitis crónicas, Queratitis; tanto como por lesiones tumorales benignas como cuernos cutáneos o bien malignas como: Carcinoma basocelular, carcinoma epidermoide, lesiones metastásicas o lesiones provenientes de estructuras pilosebáceas adyacentes y de la glándula lagrimal(1,8).

Usualmente el tumor se presenta como un nódulo blanco amarillento sobre la superficie del párpado sobre el margen del mismo, de consistencia firme, no ulcerado, indoloro, que semeja en su aspecto una Chalazión, con la que puede inicialmente ser confundida en la mayoría de los casos, no siendo raro incluso el antecedente de tratamiento médico y quirúrgico para tal fin con falla de los mismos y recurrencia del cua-

dro.(1,8,9,12).

La sintomatología referida por el paciente incluye generalmente sensación de cuerpo extraño, secreción conjuntival, ojo rojo, prurito ocular, ardor ocular, sintomatología - la que usualmente no responde a la terapia usual (1,2,7,8,9,-11,12).

Los signos incluyen la presencia del nódulo con la localización y características clínicas antes mencionadas, el - que además tiene tendencia a un crecimiento lento o estacionario.

En el segmento anterior pueden estar presentes: engro samiento de la conjuntiva tarsal afectada, distiquiasis, que - ratitis punctata superficial, neovascularización corneal gra - dual y no raras veces tendencia a la formación de simblefarón (7). En estadios avanzados pueden estar presentes: atrofia - de la piel del párpado afectado o ulceración de la misma, ex - tensión hacia fondos de saco conjuntivales, hacia orbita, - - glándula lagrimal o parotida, así como a la cadena ganglionar ipsilateral.(12).

Desafortunadamente posterior a curetajes o tratamien - tos quirúrgicos incompletos, el crecimiento lento caracterís - tico de este tumor en etapas tempranas, puede repentinamente - ser reemplazado por un crecimiento rápido, con recurrencias - frecuentes y extensión progresiva, envolviendo el margen del - párpado y el tarso, afectando y ulcerandose la conjuntiva pa - ra continuar su extensión hacia orbita o dar metástasis a - -

a otros organos, con lo cual la muerte sobreviene en corto -- tiempo.

DIAGNOSTICO

Está basado en la sospecha clínica de que tras esta-- dos inflamatorios crónicos unilaterales y recurrentes del segmento anterior o parpados, se oculta un proceso maligno(1,2,7 8,9,11,12). El diagnóstico se confirmará como lo enfatiza re cientemente Domarus, mediante una biopsia de espesor total, - con la ayuda de un patólogo diestro y previamente alertado so bre la sospecha clínica de malignidad de la lesión.

El intervalo entre el inicio de los síntomas y el - - diagnóstico histopatológico de esta neoplasia es en ocasiones angustiosamente largo, por la facilidad con que es erroneamen te diagnosticado, así; Cogan señala un tiempo para este inter valo de 2 años de retraso en el diagnóstico, mismo para el --e que Stratsma señala un promedio de 3 años (7). El mayor re- tardado en el diagnóstico correcto probablemente contribuye a - incrementar la mortalidad por esta neoplasia hasta en un 30%- (7).

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS

Histológicamente el carcinoma de glándula de Meibomio es un tumor de glándulas sebáceas. El arreglo celular del tumor varía, sin embargo frecuentemente es acinar recordando e imitando la estructura glandular normal. Las células pueden arreglarse en láminas, cordones sólidos o en pequeños racimos; su contenido de lípidos es una característica prominente que es vista en vacuolas tanto extracelularmente como dentro del citoplasma de la célula, siendo más aparentes especialmente en áreas de necrosis en el centro de algunos lóbulos (8).- El grado de diferenciación varía pudiendo estar presentar características de un patrón bien diferenciado cuyas células -- exhibirán un citoplasma ligeramente basófilo, o bien un patrón pobremente diferenciado cuyas células mostrarán un citoplasma intensamente basófilo, conteniendo a menudo figuras mitóticas(9).

En las glándulas de Meibomio normales los ductos cercanos al margen palpebral presentan diferenciación escamosa y queratinización, no debe sorprendernos por lo tanto que algunos carcinomas de glándulas sebáceas presenten características escamosas y diversos focos de queratinización, lo que debe tenerse presente para no ser confundido con carcinoma de células escamosas.

Zimmerman señala una mayor malignidad del tumor en relación a: un tamaño mayor de 6 mm, invasión vascular y linfá-

tica un menor grado de diferenciación, afección de ambos párpados, origen multicéntrico del tumor y la presencia de cambios pagetoides o de cambios que semejan carcinoma in situ o enfermedad de Bowen.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Como ya se mencionó deberán descartarse estados inflamatorios crónicos unilaterales del segmento anterior, así como lesiones granulomatosas secundarias a sífilis o tuberculosis (8). Dentro de las neoplasias malignas con las que deberá efectuarse diagnóstico diferencial se incluyen, el carcinoma basocelular y el espinocelular; cuyas características clínicas e histopatológicas pueden ser similares, diferenciándose desde el punto de vista clínico por sus tendencias a ulcerarse tempranamente, lo cual no sucede en el carcinoma de glándula de Meibomio. Asimismo deberá efectuarse diagnóstico diferencial con lesiones metastásicas de otras partes del organismo, así como con tumores provenientes de estructuras pilosebáceas adyacentes o de la glándula lagrimal.

TRATAMIENTO

Estará en relación al estadio en el que se encuentre-

el tumor al momento de efectuarse el diagnóstico, así, cuando el tumor se encuentra localizado exclusivamente al párpado el tratamiento de elección será la excisión biopsia de espesor total, cerciorandose de que los bordes quirúrgicos estén libres de células tumorales, lo que ofrecerá un excelente resultado y pronóstico al paciente. (1,2,7,8,9,11,12). Cuando el tumor se ha extendido a la cadena ganglionar del cuello ipsilateral y glándula parótida, el tratamiento consistira en - excisión de espesor total, disección de la cadena ganglionar y parotidectomía superficial, amén de efectuar si es necesario cirugía reconstructiva mediante rotación de colgajo a fin de conservar un párpado estético y funcional. (7,8,9,11,12).

En caso de existir invasión orbitaria y metastasis a distancia el tratamiento consistirá en vaciamiento orbitario-disección de la cadena ganglionar ipsilateral y complementado con radioterapia, el pronóstico en estos casos es fatal y la muerte sobreviene rapidamente.(9). La radioterapia solo estará reservada a aquellos casos en los cuales no se pueda ofrecer un tratamiento quirúrgico, ya que se considera que el carcinoma de glándula sebácea no es muy radiosensible(5).

MATERIAL Y METODOS

Se analizarón los expedientes de 7 pacientes admitidos en el Servicio de Oftalmología del Hospital de Oncología-

Centro Médico Nacional, en el cual fueron vistos en el periodo de tiempo comprendido de Enero de 1982 a Diciembre de 1984 los cuales fueron remitidos para su diagnóstico y manejo de las diferentes Clínicas Hospitalares del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se utilizó para tal fin como fuente de datos el Archivo Clínico del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional. Fue necesario elaborar un cuestionario en que se analizaban los siguientes parametros:

Ficha de Identificación.- (Nombre, cédula, sexo, edad ocupación, fecha de inicio del estudio).

Antecedentes Hereditarios.- (Neoplasicos no Oftalmologicos, Neoplasicos Oftalmologicos, en los diferentes miembros de la familia incluyendose: Abuelos paternos, abuelos, maternos, padres, hermanos, colaterales).

Antecedentes Personales no Patológicos.- (Originario, ultimo lugar de residencia, medio socioeconomico, exposición al sol exposición al polvo, exposición a productos químicos).

Antecedentes Personales Patológicos.- (Antecedentes - neoplasicos no oftalmologicos, Neoplasicos oftalmologicos, estado inflamatorio crónico del segmento anterior o parpado, -- tratamiento médico o quirúrgicos previos).

PADECIMIENTO ACTUAL

(Tiempo de evolución, síntomas de tumor de crecimen-

to lento, síntomas de tumor de crecimiento rápido, secreción y sus características, ojo rojo, ardor ocular, prurito ocular sensación de cuerpo extraño, dolor, invasión locoregional, estado inflamatorio del segmento anterior o párpados).

EXPLORACION OFTALMOLOGICA

Incluyó la toma de la Adudeza visula para cada ojo, - exploración con lampara de hendidura, localización del tumor, medición del tamaño del mismo, ojo afectado parpado afectado (superior o inferior), color de piel, color de ojos, presencia de linfadenopatía y se añalizaron los estudios de laboratorio y gabinete con que contaban los pacientes.

DIAGNOSTICO

Se efectuó un estudio comparativo entre el diagnóstico clínico del paciente y el diagnóstico histopatológico del mismo.

TRATAMIENTO

(Exsición biopsia, enucleación, vaciamiento orbita - -

rfo, radioterapia, quimioterapia).

EVOLUCION

(Vivo sin actividad tumoral, Vivo con actividad tumoral, patológico sin actividad tumoral, tiempo libre de enfermedad, tiempo de supervivencia, tiempo entre primer tratamiento y última consulta).

RESULTADOS •

De acuerdo a los parámetros tomados en cuenta los resultados obtenidos se muestran a continuación.

EDAD.- Se dividió por décadas, abarcando esta de la 3a. a la 7a. décadas.

DECADA	EDAD	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
3b.	20 - 29	1	14.28 %
4o.	30 - 39	0	- -
5o.	40 - 49	1	14.28 %
6o.	50 - 59	2	28.57 %
7o.	60 - 69	<u>3</u>	<u>48.25 %</u>
		total 7	100.00 %

<u>SEXO</u>	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE.
MASCULINO	3	42.8 %
FEMENINO	<u>4</u>	<u>57.14 %</u>
	7	99.94 %

OCUPACION

TRABAJO	CASOS	%
DOMESTICA	3	42.85
PINTOR	1	14.28
OBRERO	1	14.28
SECRETARIA	1	14.28
JARDINERO	<u>1</u>	<u>14.28</u>
TOTAL	7	99.92%

EXPOSICION SOLAR

	CASOS	%
EXPOSICION AL SOL	4	57.14
NO EXPUESTOS AL SOL	<u>3</u>	<u>42.80</u>
	7	99.94%

EXPOSICION AL POLVO

	CASOS	%
SI EXPUESTOS	4	57.14
NO EXPUESTOS	<u>3</u>	<u>42.80</u>
TOTAL	7	99.94%

EXPOSICION A ORGANOS FOSFORADOS

	CASOS	%
SI EXPUESTOS	1	14.28
NO EXPUESTOS	<u>6</u>	<u>85.71</u>
TOTAL	7	99.99%

ORIGEN

LUGAR	CASOS	%
D.F.	3	42.80
GUERRERO	1	14.28
MORELOS	1	14.28
MICHOACAN	1	14.28
EDO. DE MEXICO	<u>1</u>	<u>14.28</u>
TOTAL	7	99.92%

NIVEL SOCIOECONOMICO

	CASOS	%
BAJO	5	71.42
MEDIO	<u>2</u>	<u>28.57</u>
TOTAL	7	99.99%

TIEMPO DE EVOLUCION

MESES	CASOS	%
12	2	28.57
24	2	28.57
36	1	14.28
7	1	14.28
5	<u>1</u>	<u>14.28</u>
TOTAL	7	99.98%

SINTOMASSINTOMAS DE TUMOR DE CRECIMIENTO LENTO

	CASOS	%
PRESENTE	5	71.42
AUSENTE	<u>2</u>	<u>28.57</u>
TOTAL	7	99.99%

SINTOMAS DE TUMOR DE CRECIMIENTO RAPIDO

	CASOS	%
PRESENTE	2	28.57
AUSENTE	<u>5</u>	<u>71.42</u>
TOTAL	7	99.99%

ARDOR OCULAR

	CASOS	%
PRESENTE	6	85.71
AUSENTE	<u>1</u>	<u>14.28</u>
TOTAL	7	99.99%

<u>PRURITO</u>	CASOS	%
PRESENTE	7	100
AUSENTE	<u>0</u>	<u>0</u>
TOTAL	7	100%

SENSACION DE CUERPO EXTRAÑO

	CASOS	%
PRESENTE	7	100
AUSENTE	<u>0</u>	<u>0</u>
TOTAL	7	100%

<u>DOLOR</u>	CASOS	%
PRESENTE	3	42.85
AUSENTE	<u>4</u>	<u>57.14</u>
TOTAL	7	99.99%

SIGNOS

<u>OJO ROJO</u>	CASOS	%
PRESENTE	7	100
AUSENTE	<u>0</u>	<u>0</u>
TOTAL	7	100%

<u>SECRECION</u>	CASOS	%
PRESENTE	3	42.85
AUSENTE	<u>4</u>	<u>57.14</u>
TOTAL	7	99.99%

<u>INVASION LOCAL</u>	CASOS	%
PRESENTE	2	28.57
AUSENTE	<u>5</u>	<u>71.42</u>
TOTAL	7	99.99%

<u>EXPLORACION</u>	CASOS	%
OJO AFECTADO		
DERECHO	2	28.57
IZQUIERDO	<u>5</u>	<u>71.42</u>
TOTAL	7	99.99%

<u>PARPADO AFECTADO</u>	CASOS	%
SUPERIOR	4	57.14
INFERIOR	<u>3</u>	<u>42.85</u>
TOTAL	7	99.99%

COLOR DE PIEL

	CASOS	%
OSCURA	6	85.71
BLANCA	<u>1</u>	<u>14.28</u>
TOTAL	7	99.99%

COLOR DE OJOS

	CASOS	%
OSCUROS	7	100
CLAROS	<u>0</u>	<u>0</u>
TOTAL	7	100%

LINFADENOPATIAS

	CASOS	%
AUSENTES	6	85.71
PRESENTE	<u>1</u>	<u>14.28</u>
TOTAL	7	99.99%

ESTUDIOS DE GABINETE

	CASOS	%
RADIOLOGIA		
NORMAL	7	100

DIAGNOSTICO CLINICO

ENTIDAD	CASOS	%
C.A. GLANDULA DE MEIBOMIO	5	71.42
C.A. BASOCELULAR	3	42.85
C.A. EPIDERMIOIDE	1	14.28
CHALAZION	1	14.28

NOTA.- Algunos de los pacientes tuvieron 2 probablidades diagnósticas.

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

	CASOS	%
C.A. DE GLANDULA DE MEIBOMIO	7	100

TRATAMIENTO

AÑO	CASOS	%
1982	3	50.00
1983	1	16.66
1984	<u>2</u>	<u>33.33</u>
TOTAL	6	99.99

NOTA.- Se excluyó un paciente el cual hasta el momento de elaborar el presente estudio habfa rehusado el tratamiento propuesto.

TRATAMIENTO

PROCEDIMIENTO.	CASOS	%
EXCISION BIOPSIA	4	66.66
VACIAMIENTO ORBITARIO	1	16.66
ENUCLEACION	0	0
RADIACION	2	33.33
QUIMIOTERAPIA	0	0

NOTA.- Uno de los pacientes recibió tratamiento --
combinado (Quirúrgico-radioterapia).

EVOLUCION

	CASOS	%
= V.S.A.T.	5	83.33
+ P.S.A.T.	<u>1</u>	<u>16.66</u>
TOTAL	6	99.99%

= vivo sin actividad tumoral.

+ patológico sin actividad tumoral.

En este apartado se consigna a un paciente con
patología agregada que correspondió a diabetes
mellitus.

TIEMPO LIBRE DE ENFERMEDAD.- Promedio 18.16 meses.

CONCLUSIONES

El adenocarcinoma de glándula de Meibomio es esencialmente un tumor de glándulas sebáceas de distribución mundial, cuya incidencia corresponde al 0.2% de todos los tumores de los párpados, pese a su rara incidencia es uno de los tumores de mayor malignidad superado solo por el melanoma(1,2,9.), -- por tal motivo todo oftalmólogo adentrado en la práctica clínica diaria deberá pensar en esta entidad ante todo paciente con estado inflamatorio crónico del segmento anterior unilateral y recurrentes o bien la presencia de Chalazión recurrente con falta de respuesta tanto al tratamiento médico o quirúrgico, auxiliado como lo sugiere recientemente Domarus de la ejecución de una biopsia para la confirmación del diagnóstico.

De esta manera mediante el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de la lesión se ofrecerá al paciente un pronóstico excelente.

En Nuestro estudio el grupo de edad más afectado estuvo comprendido entre las 60. y 70. décadas con una media de 53.7 años, el sexo más afectado fue el femenino con un 57.14% La ocupación que predominó fue la doméstica representando el 42.85%.

Dentro de los factores etiológicos mencionados para los cánceres en general, como es sabido se encuentran los agentes físicos (radiaciones ultravioletas, ionizantes, etc.) químicos, motivo por el que fueron analizados estos paráme-

tros, encontrando que dentro del grupo de pacientes un 57.14% tenía antecedente de exposición al sol, un 57.14% al polvo y solo un 14.28% a productos químicos. (organos fosforados).

Aún cuando existe una predilección por los orientales ya que estos son los más afectados(1,8,9,11,12), procedí a -- analizar el lugar de origen de los pacientes, encontrando una mayor incidencia en los pacientes originarios del Distrito Federal, sin embargo ningún paciente tenía antecedente de provenir de raza oriental.

Pudieramos atribuir la mayor incidencia del padecimiento en el Distrito Federal por 3 razones: 1.- Representar el mayor núcleo de población. 2.- Ser la mayor fuente de agentes físicos irritantes dada por la mayor contaminación ambiental. 3.- Por ser el Hospital de Oncología del CMN un centro de concentración de pacientes.

El nivel socioeconómico de procedencia de nuestros pacientes predominó el bajo con una cifra de 71.42%, los que nos hablaría indirectamente de un ambiente favorable para el desarrollo de esta patología.

La sintomatología que precedió a la corroboración del diagnóstico histopatológico estuvo presente en un intervalo de tiempo comprendido entre 5 y 36 meses, con una media de -- 30.8 meses, lo que nos habla de un retraso en el diagnóstico de 5 meses a 3 años, con lo que se está de acuerdo a lo reportado por otros autores(7). La sintomatología que estuvo presente en nuestros pacientes es como se muestra a continuación

Síntomas de tumor de crecimiento lento en un 71.42%; ardor -- ocular en un 85.71%; prurito en un 100%; Sensación de cuerpo extraño; sensación de cuerpo extraño en un 100%; dolor en un 42.85%; presencia de un nódulo sobre el párpado afectado en 6 de los 7 pacientes, lo que correspondió a un 85.71%, oscilando el número de procedimientos de 1 a 7, con una media de 2 curetajes. Con lo anterior podemos concluir que en la mayoría de los pacientes predominó un estado inflamatorio crónico unilateral recurrente y progresivo del segmento anterior y -- del párpado afectado, lo que concuerda con lo referido por diversos autores(1,2,7,8,9,11,12).

La signología clínica estuvo dada por: Ojo Rojo en un 100%; presencia de secreción 42.85%; invasión local(orbitaria y conjuntival) en un 28.57%; linfadenopatías locoregionales -- en un 14.28%. Otras de las características clínicas que predominaron en nuestro estudio fueron las siguientes: una mayor afección del ojo izquierdo con 5 casos, lo que corresponde a un 71.42%; la localización del tumor predominó en el párpado superior con una cifra de 57.14%, lo que probablemente -- este en relación al mayor número de glándulas sebáceas localizadas en él según lo propone Scheie(1); Las características fenotípicas que predominaron fue la piel morena en un 85.71%, y los ojos oscuros en un 100%, aún cuando estos parámetros no han sido relacionadas como factores predisponentes en este tumor. Los estudios de laboratorio y gabinete no mostraron alteraciones con relación con la patología motivo de nuestro es

tudio.

El diagnóstico clínico de carcinoma de glándula de Meibomio como probabilidad, estuvo presente en un 71.42%, siguiéndole en orden el de carcinoma basocelular en un 42.85% y el de chalazión en un 14.28%; asimismo es de mencionar que la mayoría de los pacientes tuvieron 2 probabilidades diagnósticas a su ingreso. El motivo por el cual los diagnósticos que predominaron fueron los de neoplasia maligna muy seguramente esta en relación a la especialidad del hospital en el que fue elaborado el presente y a la suspicacia clínica de los médicos que en él laboran.

El procedimiento quirúrgico más empleado fue la excisión biopsia en un 66.66%, que representa 4 de los 6 casos -- tratados, ya que uno de los pacientes hasta el momento de -- efectuar el presente había rehusado el tratamiento propuesto.

Los pacientes aquí estudiados han continuado su control y vigilancia periódica en el servicio de oftalmología -- del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional, con intervalo de tiempo de cada 2 meses, permaneciendo hasta la fecha libres de actividad tumoral por un tiempo promedio de -- 18.16 meses. Se vio afectada la funcionalidad del órgano en un solo caso, correspondiendo a un 16.66% y fue el caso sometido a vaciamiento orbitario.

BIBLIOGRAFIA

1. Cavanagh HD, Green WR, Goldberg HK: Multicentric sebaceous adenocarcinoma of the meibomian gland. *Am J Ophthalmol* 77:326. 1974.
2. Brauninger GE, Hood CI, Worthen DM: Sebaceous carcinoma of lid margin masquerading as cutaneous horn. *Arch Ophthalmol* 90:380. 1973.
3. Russell WG, Page DL, Hough AJ, et al: Sebaceous carcinoma of meibomian gland origin. *Am J Clin Pathol.* 73:504, 1980.
4. Schlenitzauer DA, Font RL: Sebaceous gland carcinoma of the eyelid following radiation therapy for cavernous hemangioma of the face. *Arch Ophthalmol* 94:1523, 1976.
5. Maniglia AJ: Meibomian gland adenocarcinoma of the eyelid with neck metastasis. *Laryngoscope* 88:1421, 1978
6. Shields JA, Font RL: Meibomian gland carcinoma presenting as a lacrimal gland tumor. *Arch Ophthalmol* 92:304, 1974.
7. Foster CS, Allansmith MR: Chronic unilateral blepharconjunctivitis caused by sebaceous carcinoma. *Am J Ophthalmol* 86:218, 1978.
8. Taylor RP, Lehman JA: Sebaceous adenocarcinoma of the meibomian gland. *Arch Ophthalmol.* 82:66, 1969.

9. Rao NA, Hidayat AA, Mclean IW and Zimmerman LE: Sebaceous carcinoma of the ocular adnexa: A clinicopathologic study of 104 cases, With five-year follow-up data. Hum Pathol. 13:113, 1982.
10. Weigert CE, Staley NA,: Meibomian gland carcinoma; report of a case with electron microscopic finding. Hum Pathol. 7:231, 1976.
11. Ginsberg J: Present status of meibomian gland carcinoma Arch Ophthalmol. 73:271, 1965.
12. The Ocular Adnexa. Text-Book ophthalmology. Duke Elder Mosby Company 5:5065, 1952.