

11234
2 ej 19



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES QUIRURGICAS
CENTRO MEDICO NACIONAL "SIGLO XXI"
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**LINFOMA DE ORBITA Y ANEXOS OCULARES
HOSPITAL DE ONCOLOGIA
CENTRO MEDICO NACIONAL**

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD COMO
CIRUJANO OFTAMOLOGO
P R E S E N T A
DR. JOSE RAUL HERNANDEZ BENAVIDES



MEXICO. D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

I N D I C E

I. INTRODUCCION.....	1
II. OBJETIVO.....	8
III. MATERIAL Y METODO.....	8
IV. RESULTADOS.....	9
V. DISCUSION.....	12
VI. CONCLUSIONES.....	14
VII. TABLAS.....	15
VIII. BIBLIOGRAFIA.....	22

1. INTRODUCCION.

Los linfomas son neoplasias del sistema inmune que corresponden a la proliferación incontrolada de un componente celular anormal, u ocasionalmente más de uno. Existen dos categorías principales de linfomas, la enfermedad de Hodgkin y los linfomas diferentes a dicha entidad conocidos como linfomas no-Hodgkin. Estos últimos representan un grupo heterogéneo de neoplasias con manifestaciones clínicas y morfológicas diferentes que varían de lesiones insidiosas, a otras muy agresivas y rápidamente progresivas si no son tratadas -- (1). El ganglio linfático es el sitio más común de afección -- de los dos tipos principales de linfomas, sin embargo, los -- linfomas no-Hodgkin con cierta frecuencia tienen su origen en sitios extraganglionares (2), en la órbita y anexos oculares su frecuencia oscila entre 10 y 15% (3); los linfomas de la -- órbita en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social constituyen alrededor del 7.4% de las neoplasias de dicha región (4). Una revisión -- de la patología de órbita y anexos oculares realizada en 1984 en ese mismo hospital mostrò que el linfoma se encuentra en-- tre las cinco primeras causas de morbilidad (5).

El diagnóstico y tratamiento de las lesiones linfoides -- de órbita y anexos oculares son un reto tanto para el clínico como para el patólogo, ya que las lesiones linfoides benignas pueden ser difíciles de distinguir de un linfoma, exclusiva--

mente en bases morfològicas. Como se sabe, en los sitios extra ganglionares los criterios habituales para el diagnostico de -- linfomas como "la perdida de arquitectura y la invasiòn capsu-- lar" no son aplicables y por lo tanto la evaluaciòn es mäs di-- ficil (6). Se ha informado que la tasa de error en el diagnos-- tico histopatològico de las lesiones orbitarias y de anexos --- oculares varia de 20 a 50% (7,8). Esta situaciòn es aún mäs -- confusa, por los diversos esquemas de clasificaciòn que se han utilizado durante las dos ùltimas decadas. El esquema propues-- to por Rappaport en 1956 y modificado posteriormente en 1956 y 1976, encontrò gran acogida entre clínicos y patòlogos durante casi un cuarto de siglo por su divisiòn en grupos clínicamente ùtiles (9). Los avances obtenidos a partir de la decada de los sesenta en el campo de la inmunologia, permitieron la identifi-- caciòn de los principales tipos de celulas linfoides (B y T), - subpoblaciones e hicieron que surgieran nuevas clasificaciones caracterizadas por el uso de nuevos criterios morfològicos e -- inmunològicos y por lo tanto nueva terminologia. Entre otros - esquemas desatacaron el de Lukes-Collins en Estados Unidos de - Amèrica (10,11) y el propuesto por Lennert en Europa como clasi-- ficaciòn de Kiel (12,13). Ademàs de las ya mencionadas, surgiè-- ron otras clasificaciones (14, 15, 16), lo que ocasionò aún mäs confusiòn y controversia, que fueron resueltas con el estudio - multi-institucional del Instituto Nacional de Cancer de los Es-- tados Unidos de Amèrica. En este estudio se concluyò que ningun-- a de las clasificaciones era superior a otra, en cuanto a su -

reproducibilidad y que todas permitían separar tres grandes grupos de pacientes de acuerdo al grado de agresividad. Sobre esta base de esfuerzo internacional se realizó un nuevo esquema de -- trabajo (Working Formulation) que sirve de comunicación mundial y permite un lenguaje común así como la traducción de una clasificación a otra (17) (Tabla 1). Este esquema es el más utilizado en la actualidad por clínicos y patólogos. Nathwani ha pro--- puesto algunas modificaciones que parecen ser de gran utilidad - (18).

ASPECTOS CLINICOS. Los linfomas de órbita y anexos - - oculares se presentan en todos los grupos de edad, pero son más frecuentes en adultos que se encuentran en la sexta y séptima - décadas de la vida (19, 20, 21); la afección de hombres y mujeres es similar (20). La órbita y anexos oculares de ambos lados se afectan con igual frecuencia (20, 21, 22) y se describen casos bilaterales especialmente en anexos oculares y en éstos la histología de ambos lados es similar (23).

La duración de los síntomas varía de semanas a años con un promedio que oscila según diversos autores entre siete y diez - meses (20, 21, 22). La mayoría de los pacientes se presenta -- por una masa, edema de órbita o de anexos oculares y proptosis; otros síntomas menos frecuentes incluyen disminución de la - - agudeza visual, visión borrosa, dolor, diplopia y cefalea. En la mayoría de los casos el exámen físico revela una masa palpable, proptosis y otros hallazgos menos frecuentes son disminu-- ción de la agudeza visual y alteraciones de la movilidad ocular

y de la papila. El globo ocular puede estar desplazado por la masa, que generalmente es blanda o "cauchosa", blanco-amari-llenta o rosada y móvil (20).

Si bien en la presente década se ha alcanzado una mayor certeza diagnòstica con el uso generalizado de la tomografía computada, el diagnòstico se realiza con biopsia y estudio histològico de la lesiòn (20) y diversos estudios inmunohistoquímicos. La tomografía computada ha hecho posible obtener un diagnòstico presuntivo de las proliferaciones linfoides orbitarias especialmente cuando se analizan los hallazgos radiològicos en conjunto con los datos clínicos (21).

Los estudios inmunohistoquímicos con tècnicas de inmunoperoxidasa, son especialmente ùtiles, ya que permiten distinguir proliferaciones linfoides policlonales o reactivas, de las monoclonales o neoplàsicas, así como el fenotipo inmunològico, con el que puede clasificarse a una neoplasia como B, T, no-B, no-T o histiocítica (6, 24, 25). Las tècnicas enzimáticas son particularmente ùtiles en distinguir estos grupos de neoplasias (26, 27, 28, 29). La caracterizaciòn inmunològica de los linfomas de la òrbita y anexos oculares es muy variada, se realiza cada vez con mayor frecuencia y se ha observado que la mayoría de estas neoplasias son de origen B (25, 30, 31).

En la actualidad se considera que el linfoma linfocítico bien diferenciado es el más frecuente en òrbita y anexos oculares, en contraste con los linfomas no-Hodgkin encontrados en otros sitios ganglionares o extraganglionares (6). Este -

linfoma de bajo grado es la lesión más difícil de diferenciar - de las proliferaciones linfoides benignas. El diagnóstico - diferencial morfológico incluye, por un lado, lesiones linfoides tales como hiperplasia linfoide reactiva, infiltración leucémica y plasmocitoma y por otro, el grupo de neoplasias de células pequeñas, entre las que destacan el rhabdomyosarcoma, sarcoma de Ewing y metástasis de carcinomas neuroendócrinos de -- células pequeñas.

El diagnóstico diferencial clínico de las lesiones orbi-- tarias es con el pseudotumor orbitario, la celulitis orbitaria - rhabdomyosarcoma, plasmocitoma e infiltración leucémica; las lesiones que afectan anexos oculares incluyen la hiperplasia linfoide reactiva, carcinoma epidermoide y papilomas.

Etapificación. Los pacientes con linfomas de órbita y -- anexos oculares son sometidos a estudios de extensión para investigar la presencia de enfermedad sistémica (biopsia de médula ósea, radiografías de tórax y abdomen, proteínas séricas, -- general de orina, tomografía computada abdominal, gammagrafía -- hepática y esplénica), que generalmente está en relación con el grado de diferenciación de la neoplasia (10).

Tratamiento. Se realiza con radioterapia o quimioterapia y en forma combinada; si la enfermedad está localizada (estadios I-II) (Tabla 2) puede obtenerse una buena respuesta solo con radioterapia con dosis superiores a 3.000 rads (32), aunque otros autores han sugerido dosis de 2.000 a 3.000 rads en pa-- cientes con lesiones bien diferenciadas (21). Cuando existe - enfermedad sistémica (estadios III-IV) (Tabla 2), se recomienda

quimioterapia y se emplean diferentes esquemas tales como Ciclofosfamida, Vincristina, Hidroxirrubicina y Prednisona (CHOP); -- Ciclofosfamida, Vincristina, Metrotexate, Leucovorin, Arabinòcido de Citocina (COMLA) y otros farmacos como el Clorambucil y la Epidoxirrubicina (33).

En la actualidad se considera que los pacientes de edad avanzada, asintomáticos, con una lesión de tipo histológico favorable no sean tratados y la terapia debe reservarse para los casos --- sintomáticos, con progresión de la enfermedad o afección de órganos vitales. Para fines prácticos es más importante identificar una lesión de alto grado de malignidad que distinguir la naturaleza específica de proliferaciones linfocíticas pequeñas como malignas o benignas.

Un esquema agresivo con radioterapia y quimioterapia se utiliza en pacientes con linfomas de grado intermedio o alto, para casos con un rápido crecimiento de un linfoma previamente insidioso o para pacientes jóvenes (23).

La respuesta al tratamiento se evalúa como remisión completa de la enfermedad cuando se observa la desaparición completa de toda evidencia clínica y morfológica de la neoplasia. La remisión parcial corresponde a la reducción de 50% del tamaño del tumor -- y se considera ausencia de respuesta a la estabilización de la enfermedad o a la progresión de la misma (33).

El periodo de seguimiento debe incluir mínimo cinco años, para observar si se establece enfermedad sistémica o se presenta una recidiva de la enfermedad (19).

Pronóstico. Los factores que influyen en el pronóstico

son la extensión de la enfermedad, el tipo histológico, la edad, duración de la enfermedad y la afección de órganos vitales. Los linfomas de linfocitos pequeños con frecuencia permanecen localizados y muestran un pronóstico favorable (23).

II. OBJETIVO.

El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión de los linfomas de órbita y anexos oculares en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional del Instituto -- Mexicano del Seguro Social, desde el punto de vista clínico y hacer una comparación con la literatura.

III. MATERIAL Y METODO.

Se revisó el archivo del servicio de oftalmología del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional y se obtuvieron los casos con diagnóstico de linfoma de órbita y anexos oculares vistos entre 1974 y 1988.

Se encontró un total de 60 pacientes, de los cuales 19 - tuvieron expediente clínico completo y estudio histopatológico; el análisis de estos casos es el motivo del presente trabajo.

Los datos que se recabaron de cada expediente son: nombre, cédula, edad, sexo, antecedentes heredofamiliares y personales positivos, síntomas, examen médico general, examen oftalmológico, estudios de laboratorio y gabinete, tomografía computada, - diagnóstico clínico, diagnóstico histopatológico (clasificación de Rappaport), tratamiento y evolución.

IV. RESULTADOS.

Diecinueve casos reunieron los criterios de -- diagnóstico de linfoma. Catorce fueron mujeres (73.6%) y cinco fueron hombres (26.4%), sus edades oscilaron entre 26 y 85 años con una media de 60 años y una mediana de 64 años. Catorce pacientes (73.6%) tenían 50 años o más en el momento del -- diagnóstico.

Doce pacientes tuvieron lesiones de órbita, seis de párpados y uno de conjuntiva (Tabla 3).

La duración de los síntomas variò de uno a 24 meses, con un promedio de 4.6 meses y una mediana de tres meses; solo un paciente presentò síntomas durante más de doce meses (24 meses).

Nueve pacientes (47.3%) con lesiones de órbita presentaron proptosis, en cuatro casos èsta fuè menor de 3mm, en dos fuè de 4 a 6 mm y en tres mayor de 7 mm.

La direcciòn de la proptosis fuè hacia abajo y afuera en cuatro pacientes, hacia abajo en dos pacientes, hacia afuera en dos pacientes y hacia arriba uno.

Doce pacientes (63.1%) tuvieron una masa palpable y de -- èstos, cinco tenían lesiones de órbita, seis de párpados y uno de conjuntiva. La localizaciòn de los tumores orbitarios fuè en el techo en seis casos (50%), en la pared interna en tres, en el piso dos y en el vèrtice uno.

En los pacientes con linfomas de párpados los tumores se localizaron en los párpados superiores en cinco y uno en el párpado inferior, el paciente con lesiòn de conjuntiva tenía _

compromiso bilateral en el sector nasal inferior (Tabla 4).

Seis pacientes presentaron disminución de la agudeza visual (31%) y de estos cuatro tenían menos de 20/400; se observó diplopia en tres casos con lesión de órbita; otros hallazgos menos frecuentes fueron edema y quemosis conjuntival y enrojecimiento periorbitario.

Los diagnósticos clínicos fueron de linfoma en quince pacientes (78.9%), en dos casos se consideraron las probabilidades de hiperplasia linfoide y en los dos restantes se consideraron carcinoma de glándula de Meibomio en uno y hemangioma en el otro. El diagnóstico histopatológico se resume en la Tabla 5.

En dos pacientes se realizó tomografía computada y en uno se evidenció el tumor en el techo orbitario y en el otro se localizó en el vertice.

En diez pacientes (52.6%) se observó desarrollo de enfermedad sistémica, nueve de ellos en un tiempo menor de un año, y fueron etapificados en estadios III y IV, cinco pacientes -- presentaban lesiones de órbita, cuatro de párpados y uno de -- conjuntiva.

En los nueve casos con enfermedad localizada, catalogados como estadios I y II (47.3%), hubo siete con lesiones de órbita y dos con lesiones palpebrales (Tabla 6).

Seis pacientes con lesiones orbitarias recibieron únicamente radioterapia (31.5%).

Ocho pacientes, con lesiones de órbita cuatro, párpados tres y conjuntiva uno recibieron solo quimioterapia y cinco --

pacientes, con lesiones palpebrales tres y de òrbita dos, recibieron tratamiento combinado (Tabla 7).

Dos pacientes, con lesiones de òrbita uno y de pàrpados uno, recibieron 2.000 rads; cuatro pacientes con lesiones de òrbita recibieron 4.000 rads y cinco pacientes, con lesiones de òrbita tres y de pàrpados dos, recibieron mäs de 4.000 rads.

Trece pacientes (68.4%) recibieron quimioterapia, todos ellos en estadios III- IV, excepto dos pacientes con lesiones de bajo grado en estadios I-II, quienes recibieron Clorambucil. Tres fueron tratados con CHOP-Bleomicina, tres con CHOP-Metrotexate, uno CHOP, uno CONLA, dos Metrotexate y tres Clorambucil.

Once pacientes permanecen sin actividad tumoral (57.8%) entre tres y 156 meses despuès del diagnòstico (promedio 37.3 meses, mediana 14.5 meses) (Tabla 8).

Once pacientes presentaron remisiòn completa (57.8%), uno remisiòn parcial y siete no tuvieron respuesta al tratamiento (Tabla 9).

Hubo ocho defunciones, en un lapso variable entre uno y 36 meses (promedio 11.5 meses, mediana 9.5 meses) (Tabla 10).

V. DISCUSION.

La edad media de 60 años de nuestros pacientes fuè semejante a la informada por otros autores; las mujeres fueron afectadas con mayor frecuencia que los hombres y las lesiones se presentaron en el lado izquierdo en un mayor número de casos que en el lado derecho, èstos dos últimos aspectos difieren de otros estudios previos.

La duraciòn de los sntomas en nuestros pacientes tuvo un promedio de 4.6 meses, lo que es similar a la de otros reportes.

Los hallazgos clínicos al exàmen físico son similares que en otras poblaciones estudiadas, sin embargo, encontramos disminuciòn de la agudeza visual en una mayor proporción de pacientes que en otras series pero, èsta no puede justificarse solo por la presencia de las neoplasias.

El diagnòstico clínico correlacionò adecuadamente en 80% de los casos con el histopatològico. Los resultados de la tomografía computada no son comparables ya que solo se realizò en dos pacientes puesto que dicho estudio no se efectua en forma rutinaria, sino como complemento diagnòstico.

Desde el punto de vista histopatològico se encontrò que el linfoma linfocítico bien diferenciado fuè el màs frecuente al igual que en otras series. Diez de nuestros pacientes tuvieron lesiòn de grado intermedio y fueron quienes en mayor proporción desarrollaron enfermedad sistémica y se reitera así la importancia del grado de diferenciación celular en la evolución de este padecimiento.

A pesar de que un 52% de nuestros pacientes se encontraban

en estadios III y IV, después del tratamiento se observó remisión completa en 57% de los casos, los cuales permanecen sin actividad tumoral.

Hubo ocho defunciones y en siete de estos pacientes los linfomas fueron de grado intermedio de malignidad.

VI. CONCLUSIONES.

1. Nuestros hallazgos clínicos coinciden en general, con los --
informados en la literatura.
2. Siempre que se tenga un paciente con una masa de evolución -
rápida en órbita y anexos se debe descartar un linfoma.
3. El diagnóstico definitivo se debe realizar mediante biopsia.
4. Se debe etapificar la enfermedad oportunamente mediante estudios
dios de extensión.
5. El manejo debe ser multidisciplinario, con los servicios de
Hematología , Radioterapia y Anatomía Patológica.
6. Se debe empezar un tratamiento oportuno y seguir a los pa-
cientes por un mínimo de cinco años.

TABLA 1

LINFOMAS NO-HODGKIN.- ESQUEMA DE TRABAJO PROPUESTO POR EL GRUPO DE EXPERTOS Y EL EQUIVALENTE DE LA CLASIFICACION DE RAPPAPORT

ESQUEMA DE TRABAJO (1982)	CLASIFICACION DE RAPPAPORT
<u>BAJO GRADO</u>	
L. DE LINFOCITOS PEQUEÑOS	L. LINFOCITICO BIEN DIFERENCIADO
L. DE CELULAS PREDOMINANTEMENTE PEQUEÑAS HENDIDAS, FOLICULAR.	L. LINFOCITICO POCO DIFERENCIADO NODULAR.
L. MIXTO, DE CELULAS PEQUEÑAS HENDIDAS Y GRANDES, FOLICULAR.	L. MIXTO NODULAR
<u>GRADO INTERMEDIO</u>	
L. DE CELULAS PREDOMINANTEMENTE GRANDES, FOLICULAR.	L. HISTIOCITICO NODULAR
L. DE CELULAS PEQUEÑAS HENDIDAS, DIFUSO.	L. LINFOCITICO POCO DIFERENCIADO, DIFUSO.
L. MIXTO, DE CELULAS PEQUEÑAS Y GRANDES	L. MIXTO DIFUSO
L. DE CELULAS GRANDES (HENDIDAS/ NO HENDIDAS)	L. HISTIOCITICO DIFUSO
<u>ALTO GRADO</u>	
L. DE CELULAS GRANDES INMUNOBLASTICO PLASMOCITOIDE CELULAS CLARAS POLIMORFICO CON COMPONENTE EPITELIOIDE	L. HISTIOCITICO DIFUSO
L. LINFOBLASTICO (CEREBRIFORME/NO CEREBRIFORME)	L. LINFOBLASTICO
L. DE CELULAS PEQUEÑAS NO HENDIDAS (BURKITT/NO-B)	L. INDIFERENCIADO

FUENTE: CANCER1982; 49: 2112-35.

TABLA 2

ETAPIFICACION DE LOS LINFOMAS.

ETAPA	EXTENSION
I	1 GRUPO GANGLIONAR
II	2 GRUPOS GANGLIONARES / MISMO LADO DIAFRAGMA
III	GRUPOS GANGLIONARES AMBOS LADOS DIAFRAGMA
IV	AFECCION EXTRAGANGLIONAR / OTROS ORGANOS

FUENTE: Rodríguez L. Linfomas. En Principios de Patología.
Pérez Tamayo R. En Prensa.

TABLA 3

LOCALIZACION DE LOS LINFOMAS

SITIO	No. CASOS	%
ORBITA	12	63.1
PARPADOS	6	31.3
CONJUNTIVA	1	5.6
TOTAL	19	100.0

FUENTE: ARCHIVO HOSPITAL DE ONCOLOGIA CENTRO MEDICO NACIONAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

TABLA 4

LOCALIZACION DE LOS TUMORES

SITIO	No. CASOS	%
TECHO ORBITARIO	6	31.7
PARED INTERNA ORBITA	3	15.8
PISO ORBITARIO	2	10.5
VERTICE ORBITARIO	1	5.2
PARPADO SUPERIOR	5	26.4
PARPADO INFERIOR	1	5.2
CONJUNTIVA NASAL INF.	1	5.2
TOTAL	19	100.0

FUENTE: ARCHIVO HOSPITAL DE ONCOLOGIA - CENTRO MEDICO NACIONAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

TABLA 5

REPORTES HISTOPATOLOGICOS

CLASIFICACION DE RAPPAPORT	ORBITA	PARPADOS	CONJUNTIVA	TOTAL	%
<u>BAJO GRADO</u>					
L. LINFOCITICO BIEN DIFERENCIADO	2	4	0	6	31.6
L. LINF. POCO DIF. NODULAR	1	0	0	1	5.2
L. MIXTO NODULAR	0	0	0	0	0.0
<u>GRADO INTERMEDIO</u>					
L. HISTIOCITICO NODULAR	4	0	1	5	26.5
L. LINF. POCO DIF. DIFUSO	1	0	0	1	5.2
L. MIXTO DIFUSO	1	0	0	1	5.2
L. HISTIOCITICO DIFUSO	3	0	0	3	15.9
<u>ALTO GRADO</u>					
L. LINFOBLASTICO	0	1	0	1	5.2
L. INDIFERENCIADO	0	1	0	1	5.2
TOTAL	12	6	1	19	100.0

FUENTE: ARCHIVO HOSPITAL DE ONCOLOGIA - CENTRO MEDICO NACIONAL -
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

TABLA 6

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ETAPIFICACION DE LOS LINFOMAS

ETAPA	ORBITA	PARPADOS	CONJUNTIVA	TOTAL	%
I - II	7	2	0	9	47.4
III - IV	5	4	1	10	52.6
TOTAL	12	6	1	19	100.0

FUENTE: ARCHIVO HOSPITAL DE ONCOLOGIA - CENTRO MEDICO NACIONAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TABLA 7

TRATAMIENTO

TIPO	ORBITA	PARPADOS	CONJUNTIVA	TOTAL	%
RADIOTERAPIA	6	0	0	6	31.5
QUIMIOTERAPIA	4	3	1	8	42.1
RT + QT	2	3	0	5	26.4
TOTAL	12	6	1	19	100.0

FUENTE: ARCHIVO HOSPITAL DE ONCOLOGIA - CENTRO MEDICO NACIONAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

TABLA 8

PACIENTES SIN ACTIVIDAD TUMORAL

SITIO	TIEMPO DE EVOLUCION				
	3 - 11 meses	12 - 36 meses	mayor 60m	T.	%
ORBITA	2	2	2	6	31.5
PARPADOS	2	2	1	5	26.4
CONJUNTIVA	0	0	0	0	0.0
TOTAL	4	4	3	11	57.9

FUENTE: ARCHIVO HOSPITAL DE ONCOLOGIA - CENTRO MEDICO NACIONAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

TABLA 9

RESPUESTA AL TRATAMIENTO

TIPO	ORBITA	PARPADOS	CONJUNTIVA	TOTAL	%
REMISION COMPLETA	6	5	0	11	57.9
REMISION PARCIAL	1	0	0	1	5.3
SIN RESPUESTA	5	1	1	7	36.8
TOTAL	12	6	1	19	100.0

FUENTE: ARCHIVO HOSPITAL DE ONCOLOGIA - CENTRO MEDICO NACIONAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

TABLA 10

DEFUNCIONES

SITIO	TIEMPO DE DEFUNCION			
	1 - 11 meses	12 - 36 meses	TOTAL	%
ORBITA	4	2	6	31.5
PARPADOS	0	1	1	5.3
CONJUNTIVA	1	0	0	5.3
TOTAL	5	3	8	42.1

FUENTE: ARCHIVO HOSPITAL DE ONCOLOGIA - CENTRO MEDICO NACIONAL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

VIII. BIBLIOGRAFIA.

1. Rodríguez L. Linfomas. En Principios de Patología. Ed. Pèrez Tamayo R. En Prensa.
2. Freeman C, Berg J, Cutler S. Ocurrence and prognosis of extranodal lymphomas. Cancer 1972; 29: 252-260.
3. Tewfic H, Platz CH, Corder M. et al. A clinicopathologic - study of orbital and adnexal Non-Hodgkin's Lymphoma. Cancer 1979; 44: 1022-8.
4. Silva D. Orbital Tumors. Am j Ophthalmol 1968; 65: 318-339.
5. Domínguez B. Patología orbitaria y de anexos oculares. Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional IMSS. Comunicación personal. 1984.
6. Ellis J, Benks T, Campell J. et al. Lymphoid tumors of the ocular adnexal; clinical correlation with the Working Formulation classification and immunoperoxidase staining of paraffin sections. Ophthalmology 1985; 92: 311-324.
7. Morgang. Lymphocytic tumors of the orbit. Mod. Probl. Ophthalmol 1975; 14: 355.
8. Knowles D, Jakobiec F, Halper J. Immunologic characterization of ocular adnexal lymphoid neoplasms. Am J Ophthalmol 1979; 84: 603.
9. Rappaport H. Tumors of the hematopoietic system. In: Atlas of tumor pathologic, section 3. fascicle 8. Washington Armed Forces Institute of Pathology, 1966.
10. Lukes RJ, Collins RD. Immunologic characterization of human malignant lymphoma. Cancer 1974; 34: 1489-1503.

11. Lukes BJ, Collins RD. New Approaches to the classification of the limphomata. Br J Cancer (Suppl. II) 1975; 31: 1-28.
12. Gerard-Marchan R, Hamlin I, Lennert K, et al. Classifica--tion of non-Hodgkin's lymphomas (letter). Lancet 1974; - 11:406-8.
13. Malignant lymphomas other than Hodgkin's disease. New York: Springer-Verlag. 1978.
14. Bennet MB, Farrer-Brown G. Henry K, et al. Classification_ of non-Hodgkin's lymphomas (letter). Lancet 1974; 11: 405-6.
15. Dorfman RF. Classification of non-Hodgkin's lymphoma (le--tter). Lancet 1974; 1:1295-6.
16. Mathe G, Rappaport H, O'Connor G1 et al. Histological and cytological typing of neoplastic diseases of hematopoietic and lymphoid tissues. In: Who international histologic --- classification of tumors, 14. Genova; Word Health Organizations. 1976.
17. Non-Hodgkin's lymphomas pathologic classification project: National Cancer Institute-sponsored study of classification of non-Hodgkin's lymphomas; summary and description of a -- working formulation for clinical usage. Cancer 1982; 49:2112 -35.
18. Nathvoni B. Classifying non-Hodgkin's lymphomas. En Malignant lymphoma. Ed William and Wilking. 1987.
19. Knowles D, Jakobiec F. Ocular adnexal lymphoid neoplasms: _ clinical, histopathologic, electron microscopic, and immunologic characteristic. Hum Pathol 1982; 13:148-162.

20. Knowles D, Jakobiec F. Orbital lymphoid neoplasms. A clinicopathologic study of 60 patient. *Cancer* 1980; 46: 576-589.
21. Haller J, Jakobiec F, Abbot G. et al. Combined clinical -- and computed tomographic diagnosis of orbital lymphoid tumors. *Am J. ophthalmol* 1982; 94: 235-245.
22. Jakobiec F, Iwamoto T, Patelli M. et al. Ocular adnexal monoclonal lymphoid tumors with a favorable prognosis. *Ophthalmology* 1986; 93: 1547-1557.
23. McNally L, Jakobiec F, Knowles D. Clinical, Morphologic, - Immunophenotypic and Molecular Genetic Analysis of Bilateral Ocular adnexal Lymphoid Neoplasms in 17 patients. *Am J Ophthalmol* 1987; 103: 555-68.
24. Harris N, Harmon D, Pilchs E. et al. Immunohistologic diagnosis of orbital lymphoid infiltrates. *Am J Surg Pathol* -- 1984; 8: 83-91.
25. Magidson J, Cheng L, Hannah J. et al. Immunoperoxidase study of lymphomas: Comparison of a One-step Frozen Section -- Technic with Indirect Methods on Paraffin Sections. *Am J - Clin Pathol* 1985; 84: 166-172.
26. Knowles D, Jakobiec F. Quantitative determination of T --- Cells in Ocular Lymphoid Infiltrates: An Indirect method -- for distinguishing Between Pseudolymphomas and malignant -- lymphomas. *Arch Ophthalmol* 1981; 99: 309-316.
27. Knowles D, Jakobiec F, Halper J. Immunologic characterization of ocular adnexal lymphoid neoplasms. *Am J Ophthalmol* 1979; 87: 603-619.

28. Jakobiec F, Iwamoto T, Knowles D. Ocular Adnexal Lymphoid tumors: Correlative Ultrastructural and Immunologic Marker Studies. Arch Ophthalmol 1982; 100: 84-98.
29. Jakobiec F, Knowles D, Halper J. The Immunologic Characterization of 40 Extranodal Lymphoid Infiltrates. Usefulness in distinguishing between Benign Pseudolymphoma and Malignant Lymphoma. Cancer 1982; 49: 2321-2335.
30. Laroche L, Laroche L, Pavlakis E. et al. Immunological characterization of an ocular adnexal lymphoid T tumor by monoclonal antibodies. Oftalmologica 1983; 187: 43-9.
31. Knowles D, Jakobiec F. Identification of T Lymphocytes in ocular adnexal neoplasms by hybridoma monoclonal antibodies. Am J Ophthalmol 1983; 233-242.
32. Austin-Seymour M, Donaldson S, Eghert P. et al Radiotherapy of Lymphoid diseases of the orbit. Radiat Oncol Biol Phys 1985; 11 (2): 371-9.
33. Bennet CH, Putterman A, Bitran J. et al. Staging and Therapy of orbital lymphomas. Cancer 1986; 57: 1204-8.