

11234
D ej 26



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS PROFESIONALES DE POSTGRADO

CARCINOMA BASOCELULAR DE PARPADOS

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALIDAD EN OFTALMOLOGIA
P R E S E N T A
DR. RUBEN MARTINEZ SEPULVEDA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

México, D. F. 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.

INDICE

	Pag.
I. Introducción.	1
II.- Etiopatogenia.	3
III.- Cuadro Clínico, Diferenciación y Patron de Crecimiento.	3,4
IV.- Diagnóstico.	6
V.- Diagnóstico Diferencial.	9
VI.- Pronóstico y Tratamiento.	10
VII.- Material y Métodos.	12
VIII.- Resultados.	13
IX.- Discusión.	15
X.- Conclusiones.	18
XII.- Tablas estadísticas.	18
XII.- Bibliografía.	23

T A B L A S

	Pag.
Tabla 1. Carcinoma basocelular de párpados Distribución por Sexos.	19
Tabla 2. Carcinoma basocelular de párpados Distribución por edades.	19
Tabla 3. Carcinoma basocelular de párpados Localización Topográfica.	20
Tabla 4. Tratamiento Quirúrgico.	21
Tabla 5. Distribución Geográfica.	22
Tabla 6. Evolución.	21

CARCINOMA BASOCELULAR DE PÁRPADOS

RESUMEN

Cáncer más común de piel en párpados.

Más común en gente expuesta al sol.

Predominio en el sexo femenino.

Mayoría de 40 años.

Más común en piel delgada, blancas, con pecas.

Mortalidad muy baja.

No da metastásis.

Es invasivo.

Orden de aparición topográfica. párpado inferior.

párpado superior.

canto interno.

canto externo.

Lesión nódular perlada, no móvil que llega a ulcerarse.

Puede asociarse a lesiones pigmentadas.

Existen variedades histológicas.

Tratamiento quirúrgico.

Cuando está muy avanzado pensar en radiación.

I.- INTRODUCCION.

LA PIEL.

Normalmente la piel tiene las siguientes capas histológicas; a.- Estrato germinativo (capa basal), b.- Estrato espinoso (capa espinosa o escamosa), c.- Estrato granular (capa granulosa), d.- Estrato lúcido, e.- Estrato corneo (capa queratina). La piel del párpado es delgada, se distingue de la de otros sitios por no tener estrato lúcido en sus capas.

Los párpados son repliegues cutáneos con una piel muy adelgazada y con escasos anexos en la dermis. No poseen tejido adiposo en el espacio subcutáneo y los planos profundos - están constituidos, de delante a atrás, por una capa muscular, el orbicular de los párpados, una capa de tejido - conjuntivo fibroso denso, el tarso, que contiene numero - sas glándulas sebáceas y una cubierta mucosa que corre - ponde a la conjuntiva. Su borde libre que circunda la hendidura parpebral, contiene numerosos anexos: folículos pilosos, glándulas apócrinas modificadas y numerosas glándu - las sebáceas.

El límite de unión cutáneo-mucoso, como en todos los de - más sitios de la economía, es asiento frecuente de malfor - maciones tumorales.

Los párpados lógicamente participan de la patología dermatológica incluyendo el terreno oncológico. La conjuntiva, el globo ocular y la órbita, por su extensión, les hacen - presa de los tumores que en ellos se originan.

Los tumores metastásicos a los párpados son extraordinariamente raros.

El carcinoma basocelular es un tumor que se desarrolla a expensas de las células más profundas de la epidermis y de las que rodean algunos anexos de la piel, semejando células inmaduras de sus sitios de origen. Crece preferentemente en la epidermis por focos únicos o múltiples y se extiende por continuidad sin dar metástasis.

Se le encuentra habitualmente en párpados y zonas de piel vecinas; nariz, mejilla, región frontal y porciones laterales del cuello. Es ahí en donde la epidermis es bastante delgada, lo es más en párpados, contiene abundantes glándulas sebáceas y está ampliamente expuesta a los rayos solares.

En los párpados el carcinoma basocelular es el tumor más frecuentemente estudiado en el laboratorio de anatomía patológica de la APEC aprox. en un 38% si consideramos a personas mayores de 40 años de edad sube hasta un 70-80% considerando tumores malignos solamente.

Si bien es cierto que estos tumores se encuentran en adultos, algunas veces ya están presentes como pequeñas formaciones nódulares en la piel, desde temprana edad. Su evolución se ha encontrado desde unos meses hasta 20 años.

Los sitios predilectos de asiento al carcinoma basocelular son el párpado inferior y cantos particularmente el interno, en la vecindad de la nariz, lo que probablemente expli

que la mayor protección que presentan los párpados superiores a los rayos solares.

II.-ETIOPATOGENIA.

El factor más importante al cual se le atribuye su etiología es la radiación ionizante con luz ultravioleta con la exposición a los rayos solares.

El carcinoma de células basales puede estar asociado a una amplia variedad de otras lesiones. Ha sido observado en el 14% de los pacientes con nevo de Jadassohn (Lever-Schaumburg, 1975). Muchos ejemplos de carcinoma basocelular pigmentado y nódular han sido reportados recubriendo dermatofibromas. (Goette, Helwing, 1975). El carcinoma de células basales ha sido encontrado en asociación con rinofima. Ackerman y Helwing, 1967, estudiaron 47 casos de rinofima y encontraron 5 carcinomas basocelulares asociados.

III.- CUADRO CLINICO.

El tumor puede presentar las más variadas formas de presentación, iniciándose como una pápula con nódulos subcutáneos insignificantes, pronto aparecen las llamadas perlas del basocelular, como pequeñas prominencias muy bien delimitadas, recubiertas por una piel lisa y de color blanco nacarado. Los nódulos crecen y se vascularizan en su superficie. Más tarde se deprimen en su centro, se ulceran y se recubren de costras que se eliminan y vuelven a formarse.

DIFERENCIACION Y PATRON DE CRECIMIENTO.

En 1975 Lever-Shaumburg describieron 8 tipos clinicos diferentes del carcinoma basocelular siendo entonces muy variado su patrón de crecimiento. Más recientemente Doxamas y Cols. en 1981 simplificarón la clasificación de Lund de 1957 agrupandolos en 4 tipos de patrones morfológicos basicos: NODULAR; ULCERATIVO, MORFEA, y MULTICENTRICO.

Describiendo el patrón nódular como un nódulo localizado, de aspecto perlado, con vasos telangiectásicos en su superficie y formando una pseudocapsula. Así el tumor crece y comprime las estructuras dérmicas adyacentes. El patrón ulcerativo enseña un cráter ulceroso central con un elvado margen perlado epitelial, es común que esté presente un infiltrado inflamatorio crónico. El patrón morfea aparece clínicamente como una placa pálida indurada. Histológicamente con células basaloideas envueltas en un denso estroma fibroso. El patrón multicentrico exhibe una superficie nódular irregular con vasos telangiectásicos. Histológicamente, puede enseñar un compromiso multicentrico difuso de la epidermis extendendose hacia la dérmis.

Los tipos de carcinoma basocelular; ulcerativo, morfea y multicentrico, frecuentemente se extienden más allá del margen que aparentemente se encuentra afectado clínicamente, por ésta razón las secciones congeladas son obligadas-

para revisar el borde del espécimen quirúrgico excidido y estar seguros de que el tumor ha sido completamente extirpado, sacrificando lo menos posible de tejidos sanos y -- facilitar la reconstrucción parpebral. En una serie de -- carcinomas basocelulares de los párpados extirpados sin -- control de la sección congelada, el tumor fué incompletamente extirpado en un 50% de los casos (Einaugler, Hendik, 1969).

Doxana, Green e Iliff 1981, estudiarón los aspectos clínicos e histopatológicos de 165 casos de carcinoma basocelular de los párpados, en 39 casos revisados con sección -- congelada de los bordes no hubo recurrencia, de los restantes 126 casos tratados con biopsia excisional (sin -- sección congelada), 34,(27%) fuerón incompletamente extirpados y 7 (5.5%) recidivarón. El porcentaje de recurrencia en todas las series de 165 casos fué 4.2%, 7 de los 34 incompletamente extirpados (20.5%) recidivarón al año de extirpación. De los 7 tumores recidivantes, 3 de ellos fuerón del tipo morfea, 3 ulcerativos y 1 nódular.

Doxana y Cola. estimarón que la frecuencia de recurrencia de un carcinoma basocelular del tipo morfea incompleta -- mente extirpado fué 10 veces mayor que la del tipo nódular, mientras que la del tipo ulcerativo recidivó 8 veces más que la del tipo nódular. De estos datos ellos recomiendan una estrecha observación del carcinoma nódular incompletamente extirpado.

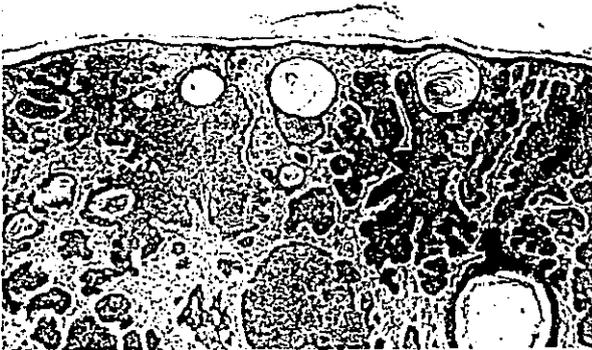
IV.- DIAGNOSTICO.

El diagnóstico del carcinoma basocelular de párpados es inminentemente clínico y sólo corroborado y confirmado por el estudio histopatológico. Es de importancia considerar los antecedentes personales del paciente así como la evidente lesión que generalmente presentan los pacientes con características propias de la lesión tumoral.

Histológicamente. El tipo celular fundamental es la célula basal. Con pequeñas modificaciones puede decirse que tiene núcleo ovoide con cromatina densa y citoplasma discretamente acidófilo con bordes celulares mal definidos. Células mucosas o de apariencia escamosa también pueden mostrarse y ellas si tienen límites celulares bien definidos, núcleos mayores, cromatina menos densa y nucleólo, pudiendo existir puentes celulares en conexión. En ocasiones se encuentran células de apariencia glándular, de forma columnar con nucleólo en la base, rodeando pequeños espacios. Otro tipo de células basales pueden estar cargadas con melánina. Lo más característico es que las células de tipo basal se reúnan formando islotes o nidos con una hilera periférica de células en palizada, frecuentemente cuando éstos nidos son grandes, hay necrosis en el centro y forman pseudocisternas.



Fotografía Clínica de un paciente masculino con una lesión en párpado inferior, nodular, perlada con su centro deprimido ulcerado.



Fotografía que muestra un corte histopatológico -- de una masa tumoral que se desarrolla en la dermis y que está compuesta por células de tipo basal -- que se agrupan en grandes nidos, que tienen un límite periférico de células dispuestas perpendicularmente al mismo nido.



Fotografía clínica de una lesión tumoral nodular pigmentada.



Paciente que muestra una lesión tumoral en -
estadio avanzado con invasión al globo ocular
y tejidos anexos. denominada lesión de Jacob.

V.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

SINDROME DE CARCINOMA BASOCELULAR NEVOIDE.

Síndrome de Grolin-Goltz. Es heredado como un desorden autosómico dominante con alta penetración, variable grado de expresividad e igual grado de incidencia hombre-mujer. La constelación de hallazgos clínicos, previamente reconocida por Grolin y Goltz (1960), está caracterizado por múltiples carcinomas basocelulares que afectan nariz, párpados, troncos, cuello, mejillas y brazos, asociada a quistes mandibulares (queratoquiste odontológico), anomalías esqueléticas comunmente costillas bifidas, anomalías neurológicas (retrazo mental), desordenes endócrinos (quiste de ovario), desorden testicular.

La incidencia de este síndrome entre individuos con carcinoma de células basales es de 0.7%. Las lesiones de la piel aparecen en la niñez, son nódulos perlados blanco-grisáceos algunos de ellos umbilicados. Aumentan en tamaño y número y están distribuidos en cara y cuello.

QUERATOACANTOMA.

Su correcta interpretación data de 1950 bajo los siguientes conceptos. La lesión puede ser única en la edad adulta o múltiple en los jóvenes. Tener evolución muy rápida. Puede aparecer y desaparecer espontáneamente.

VI.- PRONOSTICO Y TRATAMIENTO.

El pronóstico de pacientes con carcinoma basocelular de párpados en general es bueno sobre todo si no se encuentra invasión extensa del párpado en donde se asienta, del tiempo de evolución y de su pronto tratamiento quirúrgico. No obstante que la terapia por radiación ha sido exitosa para muchos tipos de carcinoma basocelular, no lo es así para los tumores del tipo morfea, en cuyo caso el mejor tratamiento es la cirugía de Mohs que se mencionará adelante. Lesiones extensas de éste tipo que han invadido la órbita son generalmente manejadas con exenteración orbitaria.

La invasión intraocular de un carcinoma basocelular de párpados es rara.

Doxanas y Green (1979) estudiaron 15 especímenes de exenteración extirpados por invasión profunda y no encontraron invasión intraocular.

El carcinoma basocelular de párpados, especialmente aquellos en el área cantal media, pueden causar extensa destrucción local e infiltración a cavidad craneana. Los tumores recurrentes son más agresivos y llegan a ser progresivamente más difíciles de tratar. La excisión monitorizada por sección fresca o cirugía de Mohs es altamente recomendada basada en un análisis retrospectivo de 361 casos, la mitad de los cuales eran recurrentes, Rodríguez-Sains, Robins, Byron Smith. 1988 (19).

Pacientes con lepra han sido reportados tener 4 veces mayor incidencia del carcinoma de piel, posiblemente como resultado de un defecto de inmunidad celular o enfermedad crónica cutánea de larga evolución.

El carcinoma de células basales rara vez metastatiza y la muerte por ellos es infrecuente. Doxanas y Green en 1979 - revisaron 507 casos de carcinoma basocelular de los párpados y encontraron 6 defunciones todas causadas por invasión orbitaria y subsecuentemente invasión intracraneal del tumor.

La incidencia de metastásis ha sido estimada en cifras de 0.28 a 0.55% dependiendo de la población revisada.

Farmer y Helwing (1980), estudiaron 17 casos con carcinoma basocelular metastásico; 16 hombres blancos, excepto 4 - de los 17 tumores primarios estaban localizados en la cabeza, una lesión afectaba el párpado inferior y otro la región infraorbitaria, 13 de los 17 pacientes tenía una o más recurrencias, los sitios más comunes de metastásis fueron: pulmón, hueso, nódulo linfático, hígado, bazo y glándula adrenal. El tiempo promedio de supervivencia después de la metastásis fué de 1 a 6 años. Frecuentemente el tumor primario y la recidiva demostraron aspectos histológicos de carcinoma metatípico basocelular, mientras que la lesión metastásica generalmente tenía patrón aneuploideico.

VII.- MATERIAL Y METODOS.

Se estudiarón los últimos 50 casos de carcinoma basocelular de párpados registrados en el Archivo del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Asociación Para Evitar la Ceguera en México, los cuales están comprendidos entre 1984-1988.

Todos los casos tienen reporte histopatológico. Se investigó : sexo, edad, lugar de residencia, ocupación, tiempo de evolución del padecimiento, diagnóstico, tipo de cirugía o tratamiento y casos de recurrencia.

VIII.- RESULTADOS.

Existen reportados en el Archivo de la Asociación Para Evitar la Ceguera en México, en el departamento de anatomía patológica un total de 1808 tumores benignos y malignos de 1979 a 1988, entre los cuales el carcinoma basocelular de los párpados ocupa el 19.52% . Entre los tumores epiteliales malignos ocupa el 90% con 353 casos seguidos por el carcinoma epidermoide 17 casos y carcinoma de glándula de meibomio 16 casos.

La edad promedio de presentación en los pacientes fué de 65 años, siendo el caso del paciente más joven de 33 años en el que clínicamente se sospechaba un papiloma como diagnóstico clínico y por tal motivo se realizó la resección. El caso del paciente con mayor edad fué un paciente masculino de 93 años, con un padecimiento de 8 años de evolución.

En la distribución por sexos el tumor se presentó en un mayor porcentaje en pacientes del sexo femenino, 31 de 50 casos (62%) y 19 (38%) en el sexo masculino.

El lugar de residencia de 11 pacientes (22%) fué el D.F. y Estado de México, y el porcentaje más alto 78% de 39-pacientes residentes de provincia.

De los pacientes provenientes de provincia se encontró a 35 pacientes (90%) del centro de la República Mexicana, 2 pacientes del norte (5%) y 2 (5%) del sur del país.

La ocupación predominante que fué encontrada en el sexo-femenino fué el hogar en un 95% y entre los pacientes -- del sexo masculino el 95% tenían como actividad el campo. El tiempo de evolución del padecimiento varió de 1 mes a 20 años. De 1 a 3 meses de evolución 4 pacientes (8%).- De 3 meses a 6 de evolución 4 (8%). De 6 meses a 1 año - 5 pacientes (10%). De 2 a 5 años 15 pacientes (30%), -- siendo el tiempo de evolución encontrado más alto. De 5- a 10 años de evolución 7 pacientes (14%). De 10 a 20 años 3 pacientes (6%), y más de 20 años en 2 pacientes - (4%).

La lesión recidivó 1 vez en 6 pacientes (12%) y 2 veces- en uno.

IX.- DISCUSION.

El carcinoma basocelular de párpados es una neoplasia -- maligna que se presenta en personas de edad avanzada -- mayores de 40 años más frecuentemente. En este estudio-- la edad promedio de presentación fué de 57 años de edad, dato que encontramos en otras series.

El caso del paciente más joven encontrado fué de 33 años de edad, en un paciente femenino con diagnóstico clínico de papiloma y en el que el estudio histopatológico dic-- taminó el diagnóstico de carcinoma basocelular.

El sexo femenino fué el más afectado por el tumor en un-- 62%.

Entre los factores que influyen en el desarrollo del car-- cinoma basocelular de párpados fué evidente en los paci-- entes del sexo masculino, con una larga y continua expo-- sición al sol.

El diagnóstico clínico del tumor fué acertado en un por-- centaje aproximado del 98% de los casos.

La localización topográfica confirma los datos estadís-- ticos reportados en la literatura en la que se encuentra gran afinidad por los párpados inferiores y hacia su la-- do nasal (canto interno).

En los pacientes estudiados el diagnóstico clínico fué -- igual al diagnóstico histopatológico en 49 casos 98% .

La localización topográfica del tumor se encontró más en párpados inferiores 43 casos (86%) y para los párpados superiores 7 casos (14%). El párpado inferior izquierdo fué el más afectado en 27 casos (63%) y el párpado derecho 16 casos (16%).

El manejo quirúrgico fué satisfactorio como tratamiento de elección y para ello se usarón diferentes técnicas -- quirúrgicas. La resección del tumor y cierre directo fué realizado en el mayor número de casos 26 (52%), siguiendo las siguientes técnicas en orden de tratamiento utilizado: desplazamiento cigomático 11 casos 22%; Técnica de Hughes 5 casos 10%. Se realizó biopsia previa sólo en 2 casos y un paciente no regresó a su tratamiento 2%.

En 6 casos se completó el tratamiento con radioterapia debido a la extensión tumoral, dándose éste tratamiento en el Instituto Nacional de Cancerología.

La evolución del cuadro clínico basado en la presencia ó aparición de la lesión va de 1 a 3 meses en los casos - que acudieron tempranamente a consulta, hasta los 20 años en muy pocos casos. La incidencia mayor evolutiva - en la revisión realizada fué de 2 a 5 años en un 30% de los casos.

La mayor parte de los pacientes tratados en el hospital - proceden del interior de la república mexicana (78%) y de estos el 90% son del centro del país.

El tratamiento de elección fué la cirugía dado que este hospital es inminentemente quirúrgico.

El tratamiento a base de radioterapia fué decidido en 6 - pacientes 12% y fuerón derivados a otra institución para su manejo.

X.- CONCLUSIONES.

El carcinoma basocelular de párpados es el tumor epitelial maligno más frecuente en la piel de los párpados.

La neoplasia se presenta más frecuentemente en personas mayores de 50 años, la edad promedio es de 60 años, predominando en el sexo femenino.

La etiología del carcinoma basocelular de los párpados es hasta ahora desconocida, pero factores físicos como la exposición al sol y la piel de color blanco son importantes factores predisponentes para su presentación.

Clinicamente el tumor más frecuente se manifiesta como una lesión nódular perlada, localizada, con vasos telangiectásicos cuya lesión se deprime y llega a ulcerarse, localizándose más frecuentemente en párpados inferiores y canto interno.

La neoplasia invade localmente por continuidad y son muy raras las metastásis.

El diagnóstico definitivo se establece por el estudio histopatológico del tumor.

El tratamiento inicial de elección es la excisión quirúrgica completa del tumor con ampliación al corte de tejido sano.

XI.- TABLAS.

Tabla. 1. Distribución por Sexos.

SEXO	No. de cuses	Porcentaje.
Masculino	19	38%
Femenino	<u>31</u>	62%
	50	

Tabla 2. Distribución por Edades.

- de 40 años	1	2%
40-50 años	4	8%
50-60 años	7	14%
60-70 años	12	24%
70-80 años	16	32%
+ de 90 años	<u>1</u>	2%
	50	

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Tabla. 3. Localización Topográfica de la lesión.

PARPADO	No. de casos	Porcentaje
Superior	7	14%
Inferior	43	86%
	<u>50</u>	
Párpado Superior Derecho	5	71%
Izquierdo	<u>2</u>	29%
	7	
Párpado Inferior Derecho	16	37%
Izquierdo	<u>27</u>	63%
	43	
Canto Interno y tercio medio	42	<u>84%</u>
Canto Externo y tercio ext.	8	16%

Tabla .4. TRATAMIENTO (Quirúrgico)

TECNICA Quirúrgica	No. casos	Porcentaje
Resección	26	52%
T. Mustardé	7	14%
T. Hughes	5	10%
Desplazamiento Cigomático	4	8%
No regresó	1	2%
Biopsia	2	4%
Radiación	5	10%

Tabla.6. EVOLUCION

	No. de casos	Porcentaje
BUENA	42	84%
MALA	5	10%
NO REGRESARON	3	6%

El seguimiento de los pacientes en promedio fué de 3 - años en promedio, tomando en cuenta la revisión de 50 casos en los últimos 5 años.

De los 50 pacientes estudiados 6 casos fuerón tratados como recidivantes y 2 de éstos habfan tenido 2 recidas- anteriores.

Tabla .5. Distribución Geográfica.

	No. de casos	Porcentaje
D.F. y Edo.Méx.	11	22%
Provincia	<u>39</u>	<u>78%</u>
	50	
Provincia.		
Estados del Centro de la República M.	35	90%
Estados del Norte de la República M.	2	5%
Estados del Sur de la República M.	2	5%

11 pacientes del sexo masculino de 19 en total
se dedicaban al campo.

28 pacientes del sexo femenino de 31 en total
se dedicaban al hogar.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aurora A1, Blodi Fe: Lesions of eyelids; a clinico-pathological study. Surg Ophthalmol 15:94, 1970
- 2.- Payne J.W. Duke J.R., Butner . Metastasis of basal-cell carcinoma of de eyelids. A long term follow-up study. Arch. Ophthalmol 81:553, 1969.
- Perlman G.S. Hornblase. A: Basal cell carcinoma of the - eyelids: a riview of patientes treated by surgical exci-cion. Ophthalmol Surg 7:23, 1976.
- 4.- Aldred WV, Galvis-Ramirez V, Nicholson D.H: Intraocu-lar invasion of basal cell carcinoma of de lid. Arch. - Ophthalmol 98:1921-22, 1980.
- 5.-Eingugler R.B., Heinkind P. Basal cell epithelioma of the eyelid: Apparent incomplete removal. Am. J. Ophthal-mol 67:413-417, 1969.
- 6.-
Farmer E.R., Helwing EB: Metastasic basal cell carcinoma A clinico phatologic study of seventeen cases. Cancer - 46: 748-757, 1980.
- 7.- Mildstone EB, Helwing EB: Basal cell carcinoma in - children. Arch. Dermatol.: 108: 523-27, 1973.
- 8.- Henkind P. Friedman A. Cancer of the lids and ocular adnexa. In. Andrade R. Gumpert S. Popkin G. Rees T.D. - eds. Cancer of the skin. Philadelphia: Saunders, 1976 - 1345-71.

- 9.- Chaflin J. Puterman AM. Frozen section control in the surgery of basal cell carcinoma of the eyelid. Am J Ophthalmol 1979; 87: 802-9.
- 10.- Fraunfelder FT, Zacarian SA. Limber BL, Winefield D. Cryosurgery for malignancies of the eyelid. Ophthalmology 1980;87:461-5.
- 11.- Aurora AL. Blodi FC. Reappraisal of basal cell carcinoma of the eyelids. Am J Ophthalmol 1970:329-36.
- 12.- Doxanas MT, Green WR, Iliff CE. Factors in the successful management of basal cell carcinomas of the eyelids. -- Am J Ophthalmol 1981; 91:726-36.
- 13.- Payne JW, Duke JR. Butner RB, Eifrig DE. Basal cell carcinoma of the eyelids: a long term follow study. Arch -- Ophthalmol 1969;81:553-8.
- 14.- Dizon RV, Shannon GM, Siliguini JJ. Basal cell carcinoma recurrence; early diagnosis and surgical treatment. Ophthalmic Surg 1977;8: 31-9.
- 14.- Kwitko ML. Boniuk M, Zimmerman LE: Eyelid tumors with reference to lesions confused with squamous cell carcinoma Arch Ophthalmol 1963;69:693-697.
- 15.- Martin HE: Cancer of the eyelids. Arch Ophthalmol 1939: 22: 1-20 .
- 16.- Colin JRO: Basal cell carcinoma in the eyelid. Brit J - Ophthalmol 1976; 60: 806-809.

- 17.- Mohs FE: Chemosurgical treatment of cancer of the - eyelid. A microscopically controlled method of excision. Arch Ophthalmol 1948; 39:43-59.
- 18.- Fox SF, Beard C: Spontaneous lid repair. Am J Ophthalmol 1964; 58:947-952.
- 19.- A complication using a Crawford hook (letter) Shorrn et.al. Arch Ophthalmol 1987 Jun; 105 (6) 746.
- 19.- Radiotherapy of periocular basal cell carcinomas recurrence rates and treatment with special attention to the - medical canthus. Rodriguez - Sainz RS, et, al. Br. J Ophthalmol 1988, Feb 72 (2) 134-8.
- 20.- Chemotherapy of basal cell and squamous cell carcinoma of the eyelids and periorbital tissues. Luxenberg MN, et,al. Ophthalmology 1986 Apr; 93 (4): 504-10.
- 21.- Basal cell carcinoma of the eyelids as an indicator - of multifocal malignancy. Werley RE, et, al. Am J Ophthalmol. 1982 Nov: 94 (5): 591-3.
- 22.- Spontaneous repair of the medial canthal surgical af-- ter removal of basal cell carcinoma. Fier RH, et.al. Ophthalmic Surg 1982 Nov.: 100 (11): 755-7.
- 23.- Chemotherapy of eyelid and periorbital tumors. Luxenberg MN, et. al. Trans Am Ophthalmol Soc. 1985; 83; 162-80.

24.- Factors in the successful surgical management of basal cell carcinoma of the eyelid. Am J Ophthalmol. 91; -- 726-36. 1981.

25.- Ocular Pathology a text and atlas Myron Yanoff, M.D. págs. 240-250.

26.- Ophthalmic Pathology. Atlas and textbook , Third edition, Chapter 10 Vol. 4 , págs. 2169-76. Spencer.