

11234



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO DE OFTALMOLOGIA
FUNDACION
CONDE DE VALENCIANA

35
Ref:

TUMORES ORBITARIOS

RECIBIDA
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

MEDICO CIRUJANO OFTALMOLOGO

P R E S E N T A :

MARIA GUADALUPE GUTIERREZ VENEGAS

CONDUCTOR: DR. JOSE LUIS TOVILLA Y P.

MEXICO D. F.

1992



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.

INDICE

	Pág.
OBJETIVOS -----	1
INTRODUCCION -----	2
CLASIFICACION -----	3-7
INCIDENCIA DE ACUERDO A EDAD -----	8
ESTADISTICA -----	9
SIGNOS Y SINTOMAS CARDINALES -----	10-11
METODOS DE DIAGNOSTICO -----	12-13
MANEJO -----	14-15
MATERIAL Y METODOS -----	16-17
RESULTADOS -----	18-23
CONCLUSIONES -----	24-26
BIBLIOGRAFIA -----	27

OBJETIVOS

- La finalidad de este estudio es conocer la casuística de los Tumores Orbitarios, en el Departamento de -- Oculoplástica en el Instituto de Oftalmología Fundación Conde de Valenciana, por medio de un estudio retrospectivo.
- Comparar la casuística encontrada con las grandes -- series reportadas en la literatura universal, con especial atención a las reportadas en nuestro país.
- Revisar los criterios utilizados en el diagnóstico y en el manejo del paciente así como los resultados obtenidos desde su ingreso a nuestra institución. Esto con el -- propósito de superarlos.

INTRODUCCION

Los tumores orbitarios son lesiones ocupativas, las cuales se localizan posterior al septum orbitario, se definen como crecimientos anormales de tejido. La mayoría de las neoformaciones son circunscritas pero no siempre encapsuladas, por el crecimiento de estos tejidos benignos o malignos viene un peligro creciente para el globo ocular.

Existen varias hipótesis acerca del origen de los tumores, algunos patólogos creen que las neoplasias tienen su origen en defectos fetales y que células desplazadas pueden en un tiempo ser activadas.

Según Mallory hay cuatro tipos de defectos fetales:

1) Desplazamiento fetal dando origen a formación de órganos accesorios.

2) Cuando hay persistencia del tubo neural y hendiduras branquiales, lo que explica la presencia de gliomas y quistes dermoides por ejemplo.

3) Anormalidades de tejido local en donde hay restos y desplazamiento de endotelio vascular como el caso de hemangiomas.

4) Inducciones fetales como en el caso de teratomas.

Stout propone que el cancer humano empieza en uno o más puntos focales y en muchos casos precedido por una fase de larga duración en donde las células están actuando en procesos de irritación crónica de lo cual resulta hiperplasia celular.

Willis asienta que los tumores constituyen una de las mayores formas de crecimiento alterado en respuesta a agentes externos. (1)

CLASIFICACION DE LOS TUMORES ORBITARIOS

Se clasifican sobre bases histológicas, el método en general se basa en tres hechos: Similitud morfológica al sustituto tejido o célula de origen; Tumores específicos que provengan de cada una de las formas celulares blásticas y mas complejas Tumores mixtos o teratoides que pueden resultar del desarrollo de células indiferenciadas.

La órbita contiene todas las formas blásticas de células normalmente encontradas en las tres hojas germinales, que derivan en forma benigna y/o maligna:

1) Tejido conectivo origina: fibroma, mixoma, condroma, lipoma y osteoma, los malignos son agregándoseles "sarcoma" al término benigno.

2) Tumores del tejido hematopoyético y reticuloendotelial son: linfoma, mieloma, cloroma, plasmocitoma y policitemia, los malignos del tejido linfático son linfosarcomas.

3) Tumores del tejido neural derivado del epitelio medular del tubo neural: neuroblastoma, retinoblastoma, neurofibroma y formas glioblásticas.

4) Endotelio: Hemangioma y linfangioma, hemangioendotelio, el meningioma deriva del epitelio mesenquimatoso de las meninges.

5) Los tumores musculares derivan del primer tipo de mioblastos y de mioblastos estriados: leiomioma, rhabdomioma, mioblastoma.

6) El epitelio da origen a papiloma y adenoma.

Un tumor originado en la órbita puede estar hecho de algún tipo de estas células. Cuando es seccionado debe ser visto de qué tipo de células está formado el parénquima y qué otro tipo forma el estroma de la neoplasia, reconociendo esto se hace claro el diagnóstico, sin embargo, el rango de

crecimiento influye en las características celulares. Si hay un crecimiento lento las células pueden ser bien diferenciadas y diagnosticarse en forma simple, si la multiplicación de células es rápida la diferenciación puede ser imperfecta o irreconocible, cuando hay pérdida de diferenciación denota malignidad, estos tumores invadirán los tejidos vecinos y extenderse con metástasis. (1)

CLASIFICACION INTERNACIONAL HISTOLOGICA
DE LOS TUMORES DE LA ORBITA (2)

I. TUMORES Y LESIONES SEUDOTUMORALES
DE LOS TEJIDOS FIBROSOS

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| A) BENIGNOS
Fibroma | B) MALIGNOS
Fibrosarcoma |
|------------------------|-----------------------------|

II. TUMORES Y LESIONES SEUDOTUMORALES
XANTOMATOSOS E HISTIOCITICOS

- | | |
|--|-------------------------------------|
| A) BENIGNOS
Xantoma
Histiocitoma fibroso
Xantogranuloma juvenil | B) MALIGNOS
Histiocitoma fibroso |
|--|-------------------------------------|

III. TUMORES Y LESIONES SEUDOTUMORALES
DEL TEJIDO ADIPOSO

- | | |
|--|----------------------------|
| A) BENIGNOS
Grasa orb. herniada
Lipoma
Lipomatosis difusa | B) MALIGNOS
Liposarcoma |
|--|----------------------------|

IV. TUMORES Y LESIONES SEUDOTUMORALES
EMBRIONARIOS

- B) MALIGNOS
- Rabdomiosarcoma:
- 1) Embrionario
 - 2) Alveolar
 - 3) Otros
- Tumores de Musc. Liso

V. TUMORES Y LESIONES SEUDOTUMORALES DE
VASOS SANGUINEOS Y LINFATICOS

- | | |
|--|---|
| A) BENIGNOS
Hemangioma:
H. Capilar
H. Cavernoso
H. Racemoso Inclusion AV
H. Hemangiopericitoma
Linfangioma | B) MALIGNOS
Hemangiosarcoma
(hemangiocndotelioma)
Hemangiopericitoma M.
Sarcoma de Kaposi |
|--|---|

VI. LESIONES TUMORALES Y SEUDOTUMORALES
DEL HUESO Y CARTILAGO

- | | |
|--|---|
| A) BENIGNOS
Osteoma
Osteoblastoma
Condroma
Otros | B) COMPORTAMIENTO
INDETERMINADO
T. de células gigantes
Displasia Fibrosa
Fibroma Osificante
Hemangiocndotelioma Oseo |
|--|---|

VI. TUMORES Y LESIONES SEUDOTUMORALES
DEL HUESO Y CARTILAGO (Continúa)

- C) MALIGNOS
Osteosarcoma
Condrosarcoma
Condrosarcoma Mesen-
quimatoso
Cordoma
Mieloma
Otros

D) LESIONES SEUDOTUMORALES

Quiste oseo simple
Quiste oseo aneurismático
Granuloma Eosinófilo
Enfermedad de Hand-Schuller-Christian
Colesteatoma
Tumor Pardo del Hiperparatiroidismo
Otros

VII. TUMORES Y LESIONES SEUDOTUMORALES DE LOS
NERVIOS PERIFERICOS Y S.N. AUTONOMO

- A) BENIGNOS
Neuroma traumático
Neurofibroma plexiforme
Neurofibromatosis
Neurilemoma (Schwanoma)
Quimiodectoma
Otros
- B) MALIGNOS
Neurilemoma maligno
(Schwanoma Maligno)
Quimiodectoma Maligno

VIII. TUMORES DE POSIBLE ORIGEN EN CELULAS
GERMINATIVAS EXTRACONADALES Y/O TUMORES
Y LESIONES SEUDOTUMORALES ORIGINADOS
EN MALFORMACIONES DEL DESARROLLO

- A) BENIGNOS
Quiste dermoide
Teratoma
Cefalocele
Tej. neuroglial ectópico
Tej. de glánd. lagr. ectópico
- B) MALIGNOS
Carcinoma embrionario
Otros

IX. TUMORES DEL NERVIIO OPTICO

- A) GLIOMAS
1)Astrocitoma Piloicitico
2)Astrocitoma Maligno
- B) MENINGIOMA
Meningoeliomatoso
Psamomatosos
Otros

X. TUMORES DEL SISTEMA MELANOGENO

A) BENIGNOS

Melanosis Congénita
Nevo azul Celular

B) MALIGNOS

Nevo azul Maligno
Otros

XI. TUMORES Y LESIONES SEUDOTUMORALES DE LOS
TEJIDOS HEMATOPOYETICOS O LINFOIDES

A) BENIGNOS

Lesionesseudotumorales
Lesiones Linfoides de
Naturaleza indeterminada

B) MALIGNOS

Linfomas Malignos
Linfosarcoma Medular
Linfosarcoma Difuso
Reticulosarcoma
Plasmocitoma
Enf. Hodgkin
Otros

C) Enfermedades Sistémicas

Sarcoma Mieloide
T. Linfoides con macroglobulinemia
Mieloma
Histiocitosis
Otros

XII. LESIONES SEUDOTUMORALES INFLAMATORIAS

A) Hiperplasia Linfoide Reactiva H) Seudotumor de céls. Plasmáticas
B) Lesión Inflam. Esclerosante I) Enf. de Grave's Basedow
C) Mitosis Crónica J) Granulomatosis de Wegener
D) Fascitis Nodular K) Otros
E) Lipogranuloma
F) Granuloma específico
G) Mucocele

XIII. TUMORES SECUNDARIOS

A) T. METASTASICOS

B) EXTENSIONES DE LOCALIZACIONES

PRIMARIAS ADYACENTES
Párpados
Conjuntiva
Globo Ocular
Senos Paranasales
Intracrancales

XIV. TUMORES Y LESIONES SEUDOTUMORALES DE
OTRO TIPO SIN CLASIFICAR

INCIDENCIA DE ACUERDO

A EDAD

La determinación de la incidencia por edad está basada en la edad que se establecen las tumoraciones, aunque es necesario puntualizar que existen tumores "escondidos" en cualquiera otra parte del cuerpo o tumores que pueden ser silenciosos o asintomáticos, por lo tanto este dato no puede ser exacto, por eso se tomará la edad en que se encontró ya establecida la tumoración o su cuadro sintomático, o bien un signo objetivo como lo es el exoftalmos.

En las series publicadas por el Dr. Silva y el Dr. Reese (3) la incidencia de los tumores malignos por grupos etarios el retinoblastoma fue el más frecuente, entre los 0 y 9 años de edad y los carcinomas de origen palpebral en grupos de 50 años en adelante, tumores de la glándula lagrimal en pacientes entre 30 y 49 años, sin embargo en estas series se reporta que uno de cada tres casos era mucocele, pseudotumor, quiste dermoide o de tipo glandular.

Recientemente se ha discutido la incidencia de los tumores primarios malignos en la infancia, se ha citado como el más frecuente al rhabdomyosarcoma (4), discutible por las series anteriores en donde el retinoblastoo ocupa el primer lugar en frecuencia.

ESTADÍSTICA

Para este punto debemos considerar los siguientes: las incidencias difieren de un país a otro, de una institución a otra. Las series más grandes reportadas hasta ahora son las de los doctores Reese y Jones en las cuales se basan muchas de las recientes, comparativamente, en esta serie se reportan 320 casos (5), Ingalls y Cols. reportan una serie de 216 casos (1) y el Dr. Silva (3) con 300 casos, reportándose en esta última como malignos uno de cada 5 casos de las lesiones orbitarias (28%) en donde el tumor de mayor incidencia fue el retinoblastoma, siguiendo el linfoma y leucemia, carcinoma rinogénico, melanomas malignos, sarcomas indiferenciados fibrosarcoma y osteosarcoma. En general la mayor incidencia la ocupa el pseudotumor y el mucocele.

En cuanto a la incidencia de acuerdo al sexo: en las series aquí referidas ésta no se encuentra definida, el Dr. Silva encuentra variaciones entre las diferentes instituciones en las que conformó su grupo, reportando una mayor incidencia en hombres; en el grupo de instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social, y mayor en mujeres en instituciones de orden privado como la Asociación para Evitar la Ceguera en México.

SIGNOS Y SINTOMAS CARDINALES DE LOS TUMORES ORBITARIOS

1) Exoftalmos: cuando un tumor aparece en la orbita se expande por lo que requiere de mas espacio por lo que el globo se ve obligado a desplazarse hacia afuera, la proptosis es generalmente unilateral, con excepción en pseudotumor, exoftalmos endocrino y linfomas que puede ser bilateral. Se deben descartar todas las posibilidades diagnósticas de exoftalmos en una buena historia clinica. Puede existir el exoftalmos visto en miopía, buftalmos, parálisis facial y cicatrices de párpados.

Para la medición se requiere de una instrumentación adecuada.

2)Diplopia: en el establecimiento de la proptosis sin aparente tumoración el segundo signo más común es la visión doble, generalmente la agudeza visual es buena, se debe realizar la exploración de balance muscular, notar alteraciones de la movilidad ocular, notando desviación llevada por su exoftalmos se puede localizar la tumoración.

3) Disminución de la Agudeza Visual: es el tercer signo más importante que puede estar causado por: - presión del nervio optico, presión en el globo ocular -- en la región macular o por cambios en los medios de conducción de la vía visual.

Para todo lo anterior deberá realizarse una exploración completa. Otros signos y síntomas son: dolor, movimientos oculares restringidos, alteración de tejidos blandos como edema palpebral y conjuntival, retracción palpebral; lagrimeo, fotofobia, sensación de

cuerpo extraño, exposición corneal, prolapso de grasa orbitaria, presencia de latidos, deformaciones cosméticas, alteraciones en campos visuales, etc.

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

Actualmente existen múltiples recursos para el estudio del paciente con sospecha de tumoración orbitaria, ya que su manejo quirúrgico o conservador depende de un diagnóstico que entre más diferenciado sea, mejor será el resultado. Desde luego una buena historia clínica es de gran utilidad.

Radiología: desde tiempos anteriores los estudios radiográficos son los más importantes en detectar tumores orbitarios con las técnicas habituales, incidencias de Waters, Caldwell, lateral y oblicua para agujeros ópticos, de aquí parten estudios más específicos, -- con modificaciones de acuerdo a lo que se quiera determinar: un lente de contacto con una mancha radiopaca para determinar con gran precisión las dimensiones del exoftalmos, la orbitografía que es o fué un estudio con el propósito de la visualización de los tejidos blandos dentro de la órbita, la arteriografía o flefarografía en ayuda para tumores vasculares. (3)

El conocimiento del tamaño, forma, extensión, localización, sus relaciones, encapsulación, consistencia y si es posible naturaleza del tejido es importante conocerlo para llevar a cabo una biopsia.

Actualmente existen otros recursos que dan datos más exactos necesarios para el diagnóstico.

Ultrasonido: método inocuo que nos reporta tamaño y forma de algún tumor pero solo localizado anteriormente, en algunos casos da patrones para identificar la naturaleza del tumor, pero su uso es limitado en el segmento posterior y por el costo del equipo solo algunas -- instituciones pueden contar con este método.

Tomografía: es uno de los estudios que mayor nú-

mero de datos confiables aporta, tanto para la localización, características por los diferentes comportamientos de los tumores ante este método, con posibilidades de cortes que muestren con exactitud las relaciones y extensión en forma muy amplia; existe también la posibilidad de utilizar un medio de contraste, en donde se observa el reforzamiento vascular en caso que exista.

Los radioisotopos habían mostrado en los años sesenta efectividad para tumores orbitarios, pero, en las últimas décadas estos métodos han avanzado y en 1989 se reporta el uso de ^{111}In Bleomicina con gran importancia diagnóstica para reconocer tumores orbitarios y su diseminación dando buenos resultados de gammagrafía diferenciando cierto tipo de procesos inflamatorios siendo principalmente acumulados es linfosarcoma primario y melanoma secundario. (6)

Existen también estudios del tipo de Resonancia Magnética en donde específicamente el diagnóstico se hace por medio de la actividad metabólica dentro de una masa tumoral la cual influye representandose en niveles T_1 y T_2 con parámetros determinados (7) proyectados en imágenes, este método es capaz de diferenciar desde grasa hasta infiltrados por leucemia o linfoma, limitado su uso pues no es un método de fácil adquisición por su costo (8).

El Dr. Silva resalta la importancia del diagnóstico histológico ya que todos sus casos fueron sometidos a cirugía o por lo menos a biopsia con lo que afirmaba los factores etiológicos, asegurando un mejor manejo o abordaje y comprobaba su diagnóstico.

El laboratorio clínico al igual que en otros padecimientos se encuentra dentro de una buena historia clínica.

M A N E J O

En un importante porcentaje de los casos en cuanto se tiene un diagnóstico presuncional se procede a realizar una biopsia. Han surgido modificaciones respecto al tipo de biopsia indicado, actualmente ante ciertas sospechas la biopsia que se realiza es de tipo excisional, quedando limitado el uso de la biopsia incisional, en algunos grupos promueven la biopsia por aspiración.

El tratamiento está en función de: Aumento del exoftalmos el cual va paralelo al crecimiento de la masa tumoral y esto relacionado al daño progresivo funcional -- del globo ocular mismo.

Durante algunas décadas hasta la actualidad para el manejo de los tumores orbitarios se ha sugerido: (3)

1.-Las lesiones benignas deben tratarse lo más conservadoramente posible tratando de no alterar función, movilidad o aspecto cosmético.

2.-Resecciones en bloque con márgenes amplios, seguros, con resección de áreas de drenaje linfático cuando se sospecha de lesiones malignas y/o que se hayan extendo hacia los nódulos linfáticos locales.

3.-En tumores inoperables con involucro orbitario de alguna enfermedad sistémica y en tumores metastásicos, la quimioterapia y/o radioterapia están indicadas.

4.-Cirugía radical de la órbita será realizada -- solo en casos de tumores malignos sin hacer inmediatamente reparaciones plásticas para no interterir en tratamientos complementarios o recidivas ins situ.

El abordaje de cada tumor va a depender de la -- localización y estirpe que se trate.

En la actualidad, en los niños se llevan a cabo las mismas reglas aunque algunos autores sugieren: (9)

1) Las resecciones tumorales deben ser tan completas como curativas sean posibles.

2) Tratar de conservar si es posible la mejor visión.

3) La reconstrucción debe ser posible con injertos autólogos ya sea de hueso, tejidos blandos, etc.

4) La reconstrucción de tejidos blandos será realizada en una serie de métodos y cirugías plásticas reconstructivas.

5) El resultado estético fino frecuentemente depende de la elección y calidad de correcciones adicionales.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes del Departamento de Oculoplástica del Instituto de Oftalmología Fundación Conde de Valenciana, remitidos de la Consulta Externa durante el período comprendido entre 1983 y 1989.

Se revisaron 3,577 expedientes existentes, seleccionando áquellos en los que el paciente fuera enviado al departamento con el diagnóstico de Exoftalmos y/o Tumora-
ción orbitaria, del total fueron 120 expedientes.

En los criterios de selección se incluyó:

Historia Clínica completa

Antecedentes heredofamiliares y antecedentes personales patológicos dirigidos especialmente a enfermedades de tipo: hematológico, dermatológico, neoplásicos, infeccioso.

En el motivo de la consulta se investigó el inicio de la sintomatología o primer signo observado por el paciente, tiempo de evolución, tratamientos previos, características de la sintomatología y de localización.

Del examen oftalmológico realizado se observó:

Aguudeza visual, examen biomicroscópico del segmento anterior, datos de exposición, estudio del Fondo de ojo en búsqueda de compromiso por compresión.

Exploración de párpados y asimetrías faciales.

Movilidad ocular, tonometría, exoftalmometría
existencia de campimetría.

Estudios paraclínicos como estudios de laboratorio tanto de rutina como específicos, (perfil tiroideo, etc.), radiológicos, ecográficos y/o tomografía computarizada.

Se investigó el manejo y seguimiento de cada uno de los pacientes diagnosticados.

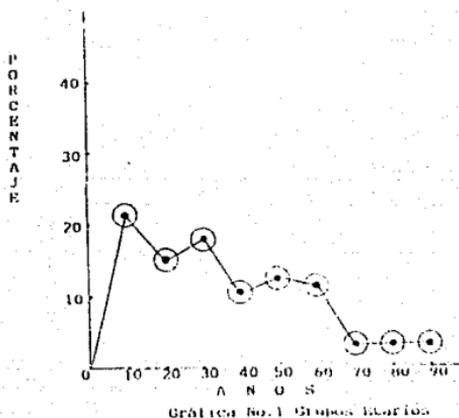
Para el estudio estadístico se obtuvieron las -- siguientes variables: edad, sexo, localización, diagnóstico clínico, manejo, diagnóstico histopatológico, con las cuales se definieron incidencias.

Los resultados obtenidos fueron comparados con las grandes series de tumores orbitarios reportadas en la literatura anteriormente.

RESULTADOS

De los 3,577 expedientes revisados 120 (3.35%) -- contaban con el diagnóstico de exoftalmos de diversa etiología.

El rango de edad de los pacientes fue de 0 a 89 años, el 55% correspondió a pacientes menores de 30 años, el mayor pico de incidencia con un 21.3% fue encontrado entre los 0 y 9 años de edad, un 10% correspondió al grupo entre los 70 y 89 años.



La incidencia de acuerdo al sexo correspondió en un 55% con 66 casos para el sexo masculino y en un 45% con 54 casos para el sexo femenino, aunque en el grupo de 0 a 9 años de edad predominó el sexo masculino.

En cuanto a las lesiones tumorales y/o pseudotumorales de mayor frecuencia, de cada 3.5 pacientes uno presentaba exoftalmos endocrino ó quiste dermoide, después de es-

tos se encontró al pseudotumor inflamatorio y al hemangioma ocupando el mayor renglón. En total se clasificaron histológicamente veintidos (22) tipos diferentes de lesiones sin incluir aquellos que se encontraban en estudio. (Tabla 1)

TABLE 1
CLASIFICACION HISTOLOGICA DE
LESIONES TUMORALES ORBITARIAS

Diagnóstico	Número de Casos
Olitumacia Tiroidea	1
Quiste Dermoido	3
Pseudotumor Inflamatorio	10
Tumor en Estudio	11
Hemangioma	7
Mucocele	5
Meningioma	1
Hemiatoma Retrobulbar	1
Osteoma	2
Quiste Epidermoide	2
Dermolipoma	2
Pseudooftalmos	2
Tumor de Glándula Lagrimal	1
Tumor de Masson	1
Rabdomiosarcoma	1
Carcinoma Dermoido	1
Carcinoma de células Paranasales	1
Quiste de Retención	1
Prolapso de Glasa Orbitaria	1
Fibrolipoma	1
Carcinoma Basocelular	1
Ruquilemoma	1
Carcinoma Adenoquistico	1
T o t a l	120

En la serie reportada por el Dr. Silva (3) cita al pseudotumor, mucoccele, quiste dermoide e hiperplasia de origen endocrino respectivamente entre los de mayor incidencia el Dr. Reese (5) reporta en los primeros lugares a la oftalmopatía endocrina y al hemangioma respectivamente.

En la Tabla 2 mostramos la comparación con estas dos series.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA 2

COMPARACION EN NUMERO DE CASOS
DE TRES SERIES DIFERENTES
DE LOS PRINCIPALES TUMORES ORBITARIOS

Diagnóstico	Silva (320)	Reese & Jones (730)	CONVAL (170)
Pseudotumor	26	18	10
Mucocela	25	6	5
Quiste Dermoide	18	7	20
Meningioma	15	11	3
Carcinoma de origen palpebral	14	-	1
Hemangioma	13	20	7
Oftalmopatía Endocrina	11	37	34
Leucoma Maligno y Leucomia	11	11	1
Tumores de glándula lagrimal	10	17	2
Tumores de Nervios Periféricos	8	7	1
Osteoma	4	2	2
Rabdomiosarcoma	4	5	1
Exoftalmos causa desconocida	-	24	11

La distribución por edad se muestra en la tabla 3, ésta es similar para casi todos los grupos, sobresaliendo el grupo de los infantes en lesiones como el quiste dermoide y el grupo entre la tercera y quinta década de la vida para la oftalmopatía endocrina.

TABLA 3
DISTRIBUCION POR EDAD DE TUMORES ORBITARIOS
126 CASOS

Diagnóstico	Número	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70
Oftalmopatía Endocrina	34			12	4	6	8	2	
Quiste Dermoide	20	18	8	1			1		
Pseudotumor	10	1	1		3	2	2		2
Tumor en Estudio	11	2	2	3	2	1		1	1
Hemangioma	7	1	2	1	1				2
Mucocela	5				1				2
Meningioma	3		1			1			1
Hematoma Retrobulbar	3		1	2					
Quiste Epidermoide	2	1	1						
Osteoma	2	1	1	1					
Pseudoxantelmas	2			2					
Dermolipoma	2	1							
T.de Glándula Lagrimal	1					1			
Tumor de Masson	1						1		
Carcinoma Dermoide	1						1		
Rabdomiosarcoma	1		1						
Carcinoma cel. Paranasales	1						1		
Quiste de Retención	1	1							
Prolapso de grasa orb.	1							1	
Fibrolipoma	1	1							
Carcinoma Basocelular	1								1
Nourilemoma	1		1						
Carcinoma adenoquistico	1						1		
Leucemia	1	1							
T o t a l	120	25	18	21	12	16	15	4	9

TABLA 4
MANEJO EN EL DEPARTAMENTO DE OCULOPLASTICA
120 CASOS DE TUMORES ORBITARIOS

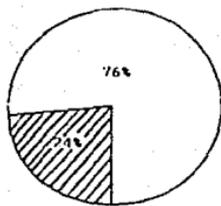
	Número de casos	Porcentaje
Quirúrgico	38	31.6
Medicamentoso	46	38.3
Biopsia Incisional	3	2.7
Observación	19	15.8
Referidos a otro	3	2.5
Institución (*)	0	0.0
Sin seguimiento (**)	6	5.0

(*) Instituto Nacional de Cancerología
 Instituto Nacional de Nutrición
 (**) Pacientes sin seguimiento en el Departamento

El 85% de los casos correspondieron a lesiones tumorales de tipo benigno, solo 1 de cada 13 pacientes presentó datos de malignidad.

En ninguno de los pacientes intervenidos quirúrgicamente se presentó recidiva en el seguimiento en nuestro hospital que fué de tres meses hasta seis años, pero hay que considerar que algunos de estos pacientes con lesiones malignas fueron referidos a centros oncológicos especializados para su estudio sistémico y tratamiento específico.

El exoftalmos se presentó en forma unilateral en 91 pacientes (76%) y bilateral en 29 pacientes (24%), (Gráfica 2) mientras que el Dr. Silva reporta una relación de 15 a 1.



Gráfica No. 2  Exoftalmos Bilateral
 Exoftalmos Unilateral

Los estudios realizados a los pacientes fueron placas radiológicas en un 20%, ecografía y tomografía también en un 20% de los pacientes. Al 50% se les realizaron estudios de laboratorio tanto de rutina como específicos, en buen número de pacientes se requirieron varios de los estudios mencionados.

En base al examen clínico y a los estudios realizados se pudo definir la localización de la afección tumoral y/o pseudotumoral resultando la localización difusa o generalizada en mayor porcentaje, esto se explica por la alta incidencia en nuestro estudio de la hiperplasia de tejidos blandos con origen endocrino e inflamatorio, después de esta, la localización más frecuente fue la pared externa, la menos frecuente la pared interna. En 2 casos se trató de pseudoexoftalmos por miopía alta y buftalmos.

El manejo de 38 casos (31%) fué quirúrgico empleando diversos procedimientos; en 46 pacientes (38.3%) el manejo fue médico, este incluía oftalmopatía endocrina y pseudotumor inflamatorio con tratamientos tópicos y sistémicos mientras se decidía su manejo quirúrgico. Se mantuvieron en observación aquellos quienes no requerían de un manejo quirúrgico ó bien los que se rehusaban a ser intervenidos y quienes demoraban en realizarse sus estudios necesarios, aquí también se encuentran incluidos los pacientes con diagnóstico de pseudoexoftalmos.

Sólo en 3 casos fue necesario realizar biopsia incisional, estos casos correspondieron a oftalmopatía endocrina en dos casos y pseudotumor inflamatorio un caso.

Por la naturaleza de la lesión como en los casos diagnosticados como neuroadenoma y leucemia, entre otros, fué necesario referir a 8 pacientes a otras instituciones como el Instituto Nacional de Neurología, Instituto Nacional de Cancerología y al Instituto Nacional de la Nutrición, ya que desafortunadamente en nuestra institución no se cuenta con un número tan amplio de especialidades para la atención completa de estos pacientes.

Solo en un 5%, seis pacientes, no fué posible realizar ningún procedimiento, ya que no regresaron al departamento durante su estudio ó bien ya propuesto su manejo (Tabla 4).

En general el manejo en el Departamento de Oculoplástica de nuestra institución difiere al reportado por el Dr. Silva, pues en su serie reporta un alto porcentaje de procedimientos quirúrgicos aproximadamente 80% de sus casos y en un 21% realizó biopsias incisionales.

CONCLUSIONES

Al revisar y analizar los diferentes aspectos acerca de los tumores orbitarios así como la práctica - de criterios para el diagnóstico y manejo de éstos en - el Departamento de Oculoplástica del Instituto de Oftalmología Fundación Conde de Valenciana, nos ha permitido conocer la casuística, la cual es significativa al compararla con las grandes series reportadas en la literatura. Es importante notar esta significancia ya que el Instituto está conformado por una sola especialidad, no se trata pues, de una institución de concentración como la serie reportada por el Dr. Silva (3) en nuestro país, en su estudio reúne casos provenientes de instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Durante el estudio retrospectivo se pudo observar el aumento progresivo año con año en el número - de casos de afecciones tumorales orbitarias, esto se explica con diversas razones: el crecimiento general de - la institución, tanto de la población que acude a ella como en sus servicios de subespecialidad que ofrece; - por otro lado podría hablarse que la población en nuestro país está aprendiendo a atenderse, ya sea por el paciente mismo o referido por algún facultativo, pero hay que reconocer que en este punto de educación aún falta más.

Al comprar nuestros resultados con las series reportadas por el Dr. Silva y los Drs. Reese y Jones en - contramos en general semejanzas de importancia.

La clasificación histológica en estas dos series incluyen la nuestra, en cuanto a frecuencia coinciden la oftalmología endocrina, el quiste dermoide en - los primeros lugares.

En cuanto a la frecuencia de tumores malignos es franca la diferencia entre la serie del Dr. Silva y la - - nuestra, pero hay que considerar que su estudio está constituido por casos provenientes del área de Oncología del - IMSS, en donde ya el paciente es referido específicamente. La distribución por edad fue semejante en las tres series.

Tal vez un punto de importancia en este estudio es la diferencia en cuanto al manejo recibido, desde el ingreso del paciente para su estudio hasta su tratamiento, - el cual en nuestro Instituto, en el período revisado, se - pudo observar que éste mejoraba, pues en los últimos años fue posible realizar más estudios clínicos en el mismo Instituto, las otras series se realizan en instituciones de - concentración, en donde se cuenta con el apoyo de otras especialidades y sobre todo en donde el paciente tiene acceso a estudios clínicos sin que esto represente un desembolso económico inmediato, gran diferencia en nuestro estudio, ya que, aunque se trata de una institución de asistencia, el paciente se hace cargo de los gastos tanto para su estudio diagnóstico como para el tratamiento que requiera.

En general nuestros procedimientos y criterios - han avanzado de acuerdo al progreso tanto del Instituto como de la medicina en general. Se pudo observar que en este período de seis años, los resultados son satisfactorios, sin embargo, viendo el crecimiento del número de - pacientes que acuden por este tipo de lesiones a - nuestro departamento se tendrán que revisar y actualizar constantemente los procedimientos y criterios para su manejo, para esto por supuesto ayudará el avan

ce de la tecnología médica para el diagnóstico oportuno
y dar así el mejor tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ingalls R.G., Tumors of the Orbit and allied pseudotumors, Illinois Thomas Books, Introduction, -- Chap.1 p.3-22, 1953.
- 2.- O.M.S. Nueva Clasificación Internacional Histológica de los Tumores de la Orbita, Publicación de los Talleres gráficos de la Organización Mundial de la Salud, 1989.
- 3.- Silva D. Orbital Tumors, AJO 65(3):318-338, 1968.
- 4.- Kuchle H.J., Orbital Neoplasms in Children, Klin-Oczna 91(4):92-94, 1989.
- 5.- Reese and Jones, Expanding Lesions of the Orbit, a clinical study of 230 consecutive cases, -- AJO 54:761, 1962.
- 6.- Brovkina A.F., Diagnostic Possibilities of gamma-Topography, Med. Radiol. 34(10):3-6, 1989.
- 7.- Benhamou E., Magnetic Resonance Imaging in Retinoblastoma and Retinocytoma, J.Pediat-Ophthalmol-Strabismus, 26(6):276-80, 1989.
- 8.- Iresawa M., Imaging of Orbital Tumors, Nippon-Igaku-Hoshasen-Gakkai-Zasshi, 49(3):286-92, 1989.
- 9.- Montandon D., Reconstruction apres tumeur orbitaire chez l'infant, Ann-Chir-Plast-Esthet. 34(1):15-23, 1989.