

11234  
68

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO  
HOSPITAL "DR. LUIS SANCHEZ BULNES"**



**LINFOMA NO HODGKIN ORBITARIO  
ESTUDIO CLINICO - PATOLOGICO**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LA  
ESPECIALIDAD DE OFTALMOLOGIA  
**P R E S E N T A :**  
EL C. MEDICO CIRUJANO  
**JOSEFINA MOLINA TERRAZAS**

MEXICO, D.F. ~~1997~~

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

*VoBo*  
*[Handwritten signature]*



ASOCIACION PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO I A P  
HOSPITAL DR LUIS SANCHEZ BULNES

JEFATURA DE ENSEÑANZA

*[Handwritten signature]*  
ACIUM  
SGRADO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FACULTAD  
DE MEDICINA  
1999  
SECRETARIA DE SERVICIOS  
ESCOLARES  
DEPARTAMENTO DE POSGRADO

Autorizo a la Dña. S. Ramírez, Directora de la  
UNAM, a que autorice el uso del  
colaborador de la UNAM.

*Josepho*  
*Uolina Joraco*  
Firma: *9-10-02*  
Firma: *[Signature]*

## DEDICATORIAS

A Dios por darme la oportunidad de existir para aprender al extraordinario Globo Ocular.

A mis padres Eduardo y Lulù, por el cariño, apoyo y la fe que siempre han demostrado desde el inicio de mis estudios

A mis hermanos por su confianza, compañía y amor.

Al Dr. Guillermo Salcedo por la confianza y guía; que con gran entusiasmo, dedicación y cariño transmite sus conocimientos.

A la Dra. Gertrudis Bernal que siempre me apoyo y oriento como una hermana.

A la honorable Asociación para Evitar la Ceguera en México hospital-escuela por existir y permitir aprender a través de sus excelentes instalaciones, prestigiados profesores y nobles enfermos; que sin el entusiasmo del Dr. Luis Sánchez Bulnes no la disfrutaríamos

Al Servicio de Anatomía Patológica iniciada por el Dr. Alfredo Gómez Leal, siguiendo su gran labor el Dr. Abelardo Rodríguez.

# LINFOMA NO HODGKIN ORBITARIO. ESTUDIO CLINICO-PATOLOGICO.

Dra Josefina Molina Terrazas\*, Dr. Abelardo Rodríguez Reyes \*\*, Dra Gertrudis Bernal de Ruiz, Dr. Guillermo Salcedo Casillas\*\*\*\*, Dr. Alfredo Gómez Leal \*\*\*\*\*

\* Becaria I del Servicio de Órbita. Asociación para Evitar la Ceguera en México (APEC); Hospital "Dr. Luis Sánchez Bulnes".

\*\* Jefe del Servicio de Anatomía patológica APEC

\*\*\* Becaria II del Servicio de Órbita. APEC

\*\*\*\* Jefe del Servicio de Órbita. APEC

\*\*\*\*\* Decano del Servicio de Patología. APEC

## INTRODUCCIÓN

En 1832 Thomas Hodgkin describió por primera vez una neoplasia linforreticular basado en los hallazgos que encontró en siete necropsias. En 1858 Virchow introdujo el termino linfoma para referirse a los tumores compuestos de tejido linfoide, y fué hasta 1871 cuando Billroth propuso el termino de linfoma maligno

Los linfomas son neoplasias malignas, de aspecto sólido originadas de tejido linfoide ganglionar y/o extraganglionar, constituidas por linfocitos, sus precursores y sus derivados (4,5,6,) La incidencia de linfoma orbitario como primera manifestación en pacientes con enfermedad sistémica es muy rara (0 24%) (4,5) La afección de anexos oculares de la órbita es del 60% con involucro principalmente de los sectores superior y anterior. Shields reportó que los linfomas representa el 10% de los tumores orbitarios, en esta localización los sitios más comúnmente afectados son: la glándula lagrimal y el tejido adiposo orbitario. La infiltración por linfoma de los musculos extraoculares es poco frecuente, y cuando se presenta afecta principalmente el complejo muscular superior (4,5,7).

El objetivo del presente trabajo es conocer la frecuencia, distribución topográfica, presentación clínica más frecuente, así como la utilidad de la nueva Fórmula de Trabajo (WF) para la clasificación histopatológica de los linfomas no Hodgkin de la órbita.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se revisaron 15455 estudios histopatológicos de los archivos del servicio de Anatomía Patología de la Asociación para evitar la Ceguera en México (APEC) Hospital "Dr. Luis Sánchez Bulnes, en un intervalo de tiempo comprendido entre 1957 y 1996, se seleccionaron y revaloraron todos los casos con diagnóstico histopatológico de linfoma orbitario, de estos se recopilaron un total de 51 casos, de los cuales 4 se excluyeron por corresponder a material inadecuado y 16 por diagnóstico incierto. (Tabla No 1)

# LINFOMA NO HODGKIN ORBITARIO. ESTUDIO CLINICO-PATOLOGICO.

Dra Josefina Molina Terrazas\*, Dr. Abelardo Rodríguez Reyes \*\*, Dra Gertrudis Bernal de Ruiz, Dr. Guillermo Salcedo Casillas\*\*\*\*, Dr. Alfredo Gómez Leal \*\*\*\*\*

\* Becaria I del Servicio de Órbita. Asociación para Evitar la Ceguera en México (APEC); Hospital "Dr. Luis Sánchez Bulnes".

\*\* Jefe del Servicio de Anatomía patológica APEC

\*\*\* Becaria II del Servicio de Órbita. APEC

\*\*\*\* Jefe del Servicio de Órbita. APEC

\*\*\*\*\* Decano del Servicio de Patología. APEC

## INTRODUCCIÓN

En 1832 Thomas Hodgkin describió por primera vez una neoplasia linforreticular basado en los hallazgos que encontró en siete necropsias. En 1858 Virchow introdujo el termino linfoma para referirse a los tumores compuestos de tejido linfoide, y fué hasta 1871 cuando Billroth propuso el termino de linfoma maligno

Los linfomas son neoplasias malignas, de aspecto sólido originadas de tejido linfoide ganglionar y/o extraganglionar, constituidas por linfocitos, sus precursores y sus derivados (4,5,6,) La incidencia de linfoma orbitario como primera manifestación en pacientes con enfermedad sistémica es muy rara (0 24%) (4,5) La afección de anexos oculares de la órbita es del 60% con involucro principalmente de los sectores superior y anterior. Shields reportó que los linfomas representa el 10% de los tumores orbitarios, en esta localización los sitios más comúnmente afectados son: la glándula lagrimal y el tejido adiposo orbitario. La infiltración por linfoma de los musculos extraoculares es poco frecuente, y cuando se presenta afecta principalmente el complejo muscular superior (4,5,7).

El objetivo del presente trabajo es conocer la frecuencia, distribución topográfica, presentación clínica más frecuente, así como la utilidad de la nueva Fórmula de Trabajo (WF) para la clasificación histopatológica de los linfomas no Hodgkin de la órbita.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se revisaron 15455 estudios histopatológicos de los archivos del servicio de Anatomía Patología de la Asociación para evitar la Ceguera en México (APEC) Hospital "Dr. Luis Sánchez Bulnes, en un intervalo de tiempo comprendido entre 1957 y 1996, se seleccionaron y revaloraron todos los casos con diagnóstico histopatológico de linfoma orbitario, de estos se recopilaron un total de 51 casos, de los cuales 4 se excluyeron por corresponder a material inadecuado y 16 por diagnóstico incierto. (Tabla No 1)

El diagnóstico histopatológico se realizó a través de la observación por microscopía de luz, y fueron clasificados de acuerdo a la nueva Fórmula de Trabajo para uso clínico de los linfomas no Hodgkin; de estos se valoró: Patrón arquitectónico, tamaño celular y morfología nuclear, y así poder establecer el grado de malignidad. Los datos clínicos fueron obtenidos de los expedientes existentes y de los datos consignados en los reportes patológicos del Servicio de Anatomía Patológica como: edad, sexo, tiempo de evolución, lateralidad, tipo de presentación clínica, impresión diagnóstica clínica y datos de afección sistémica.

## RESULTADOS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De los 31 casos evaluados, el 64.5% (20 casos) correspondieron a pacientes del sexo femenino y 35.4% (11 casos) al sexo masculino.

La edad promedio de las mujeres al momento del diagnóstico fue de 59 años, con un intervalo de edad entre los 16 y 85 años; el promedio de edad en los hombres fue de 61.6 años con un intervalo de edad entre los 22 y 80 años. El 6to, 7mo y 8vo decenios de la vida fueron los más afectados en ambos sexos (Esquema 1).

La afección orbitaria unilateral fue similar en ambos lados (10 casos) y la afección bilateral solo se presentó en 2 casos (6.4%); en el 29% de los casos no se reportó el lado afectado.

El tiempo de evolución promedio en el momento de la aparición de síntomas y signos fue de 12.2 meses con un intervalo entre 2 y 72 meses; hubo una mayor frecuencia en el periodo comprendido entre los 2 y los 6 meses 41.9% (13 casos) (Tabla No. 2).

La presentación clínica del linfoma fue muy variable, la proptosis se presentó en 16 de los casos como el signo más frecuente, seguida de la limitación en la movilidad ocular (10 casos) y la presencia de tumor supraorbitario en 9 de los casos. Otros datos menos frecuentes fueron: edema (8 casos), desviación del globo ocular hacia abajo (7 casos), tumor conjuntival asalmonado (6 casos), agudeza visual disminuida (4 casos), así como diplopia y ptosis entre otros (Fotos 1, 2).

La impresión diagnóstica clínica previa al estudio histopatológico fue: tumor orbitario en estudio en 12 casos (38.7%), linfoma en 6 casos (19.3%), y pseudotumor inflamatorio en 5 casos (16.1%) (Tabla No. 3).

Se encontraron adenomegalias como hallazgo clínico sistémico en 5 pacientes, 4 cervicales y una submaxilar. De acuerdo a la nueva fórmula de trabajo para la clasificación de los linfomas no Hodgkin se muestra en la tabla número 4 (Fotos 3, 4, 5).

El diagnóstico histopatológico se realizó a través de la observación por microscopía de luz, y fueron clasificados de acuerdo a la nueva Fórmula de Trabajo para uso clínico de los linfomas no Hodgkin; de estos se valoró: Patrón arquitectónico, tamaño celular y morfología nuclear, y así poder establecer el grado de malignidad. Los datos clínicos fueron obtenidos de los expedientes existentes y de los datos consignados en los reportes patológicos del Servicio de Anatomía Patológica como: edad, sexo, tiempo de evolución, lateralidad, tipo de presentación clínica, impresión diagnóstica clínica y datos de afección sistémica.

## RESULTADOS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De los 31 casos evaluados, el 64.5% (20 casos) correspondieron a pacientes del sexo femenino y 35.4% (11 casos) al sexo masculino.

La edad promedio de las mujeres al momento del diagnóstico fue de 59 años, con un intervalo de edad entre los 16 y 85 años; el promedio de edad en los hombres fue de 61.6 años con un intervalo de edad entre los 22 y 80 años. El 6to, 7mo y 8vo decenios de la vida fueron los más afectados en ambos sexos (Esquema 1).

La afección orbitaria unilateral fue similar en ambos lados (10 casos) y la afección bilateral solo se presentó en 2 casos (6.4%); en el 29% de los casos no se reportó el lado afectado.

El tiempo de evolución promedio en el momento de la aparición de síntomas y signos fue de 12.2 meses con un intervalo entre 2 y 72 meses; hubo una mayor frecuencia en el periodo comprendido entre los 2 y los 6 meses 41.9% (13 casos) (Tabla No. 2).

La presentación clínica del linfoma fue muy variable, la proptosis se presentó en 16 de los casos como el signo más frecuente, seguida de la limitación en la movilidad ocular (10 casos) y la presencia de tumor supraorbitario en 9 de los casos. Otros datos menos frecuentes fueron: edema (8 casos), desviación del globo ocular hacia abajo (7 casos), tumor conjuntival asalmonado (6 casos), agudeza visual disminuida (4 casos), así como diplopia y ptosis entre otros (Fotos 1, 2).

La impresión diagnóstica clínica previa al estudio histopatológico fue: tumor orbitario en estudio en 12 casos (38.7%), linfoma en 6 casos (19.3%), y pseudotumor inflamatorio en 5 casos (16.1%) (Tabla No. 3).

Se encontraron adenomegalias como hallazgo clínico sistémico en 5 pacientes, 4 cervicales y una submaxilar. De acuerdo a la nueva fórmula de trabajo para la clasificación de los linfomas no Hodgkin se muestra en la tabla número 4 (Fotos 3, 4, 5).

## DISCUSIÓN

Los linfomas no Hodgkin se originan a partir del tejido linfoide, más frecuentemente en los ganglios linfáticos, sin embargo se pueden presentar en sitios extraganglionares (5,8). La incidencia del linfoma orbitario en el Servicio de Anatomía patológica de la APEC es del 5.7% de acuerdo a la casuística de Gómez-Leal y cols., en comparación a la reportada por Shields que es hasta del 10%.

La etiología y patogenia del linfoma No-Hodgkin se desconocen, sin embargo se sugiere puede asociarse a una causa infecciosa con un proceso inflamatorio crónico (3) o a un defecto inmunoregulador por un estímulo persistente de linfocitos policlonales (5). Actualmente existe un mayor riesgo en pacientes con SIDA de desarrollar algún tipo de estas neoplasias (5,8). De nuestros pacientes ninguno tuvo antecedentes de algún padecimiento inmunosupresor asociado.

La edad y sexo son muy similares de acuerdo a lo reportado en la literatura por otros autores (4,9), se presentan con mayor frecuencia entre los 50 y 80 años de edad, con un predominio por el sexo femenino en una proporción de 2:1 en relación al sexo masculino y a una edad más temprana (59 años de edad en las mujeres y 61.6 años en los hombres).

En relación a la lateralidad no hubo predominio de lado de afección. El tiempo de evolución al momento de la presentación clínica fue muy similar a lo reportado en otras series al igual que un estudio previo realizado en este mismo hospital que varió entre 2 y 6 meses (Recillas y cols.) (4,20,22).

El linfoma no Hodgkin orbitario tiene una presentación insidioso y variable, como son: Proptosis moderada, alteraciones de la movilidad con o sin diplopia y solo en algunas ocasiones disminución de la visión. Afecta principalmente la porción supraorbitaria y suele moldear el septum orbitario, se puede palpar como una masa firme a través de los párpados (20) y algunos de los paciente además cursan con desplazamiento ocular, presión orbitaria aumentada, epifora por compresión del tumor y ptosis probablemente por compromiso del III par craneal.

Los linfomas orbitarios implican un gran reto diagnóstico clínico, ya que pueden confundirse con procesos inflamatorios o reactivos como el pseudotumor inflamatorio y la hiperplasia linfoide reactiva, así como con otras neoplasias del tipo del meningioma y algunos tumores de tejidos blandos. El uso complementario de métodos auxiliares como la ecografía y la tomografía axial computada, así como el estudio histopatológico de las biopsias y/o piezas quirúrgicas son de gran apoyo, ya que contribuyen al diagnóstico definitivo en un gran número de casos.

La nueva fórmula de trabajo para la clasificación histológica de los linfomas no Hodgkin, se basa fundamentalmente en la valoración morfológica de: patrón arquitectural (nodular y/o difuso), población celular predominante (células pequeñas, grandes ó mixtas), así como las características nucleares (hendidadas o no hendidadas). Algunos otros hallazgos de menor importancia son: el tipo y número de mitosis (típicas ó atípicas), así como la presencia de esclerosis en el estroma circunvecino. Reuniendo todos estos parámetros morfológicos es posible establecer la clasificación de los diferentes tipos de linfomas no Hodgkin en alto, intermedio ó bajo grado de malignidad y así poder predecir su comportamiento biológico y pronóstico.

En el presente trabajo los linfomas orbitarios más frecuentes fueron los de grado intermedio de malignidad (54.8%), seguidos de los de bajo grado de malignidad (29%) y por último los de alto

grado de malignidad (16.1%) En el momento actual estudios especiales del tipo de la inmunohistoquímica contribuyen a una mayor certeza diagnóstica, ya que por medio de estos se puede determinar la mono o policlonalidad de las neoplasias se se conoce el tipo de célula que prolifera (linfocitos B ó linfocitos T), así como por el tipo de cadenas pesadas (IgG, IgM, IgA, IgD e IgE), ó ligeras (K ó L) que producen (9,13,14,15,16,17,20)

El manejo como el pronóstico de estas neoplasias, dependerá del estadio clínico, grado de malignidad histológica, así como de lo agresivo o conservador del tratamiento. En tumores confinados a un solo sitio como la órbita, se recomienda un tratamiento con radioterapia, a dosis de 1,500 a 2,000 rads en los tumores benignos y de 2,000 a 3,000 rads en los tumores malignos. La quimioterapia está indicada solo cuando se demuestra que existe afección sistémica. La estadificación clínica, clasificación histopatológica, control, tratamiento y seguimiento de la enfermedad, requieren de un manejo multidisciplinario por medio de varios especialistas como son el oftalmólogo, hemato-oncólogo, radiólogo y patólogo entre otros.

### CONCLUSIONES

Los linfomas no Hodgkin son neoplasias malignas que tienen una presentación clínica variable, no obstante deben considerarse como uno más de los diagnósticos diferenciales ante la presencia de proptosis ocular, principalmente en pacientes mayores de 60 años y con discreto predominio por el sexo femenino. El diagnóstico se hace a través de la correlación clínico-patológica, y este es definitivo a través del estudio histopatológico con el apoyo de técnicas especiales del tipo de la inmunohistoquímica, lo que da un mayor índice de certeza. El manejo de pacientes con linfomas no Hodgkin ganglionar y/o extraganglionar debe realizarse en forma multidisciplinaria a través de la interacción de diferentes especialistas como el oftalmólogo, hemato-oncólogo, radiólogo y patólogo. Actualmente la realización de estudios especiales del tipo de la inmunohistoquímica, es de vital importancia, ya que a través de esta se confirma el diagnóstico hecho por microscopía de luz, en la que solo se usan parámetros morfológicos bien establecidos en las diferentes clasificaciones como la de la Nueva Fórmula de Trabajo (WF).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

grado de malignidad (16.1%) En el momento actual estudios especiales del tipo de la inmunohistoquímica contribuyen a una mayor certeza diagnóstica, ya que por medio de estos se puede determinar la mono o policlonalidad de las neoplasias se se conoce el tipo de célula que prolifera (linfocitos B ó linfocitos T), así como por el tipo de cadenas pesadas (IgG, IgM, IgA, IgD e IgE), ó ligeras (K ó L) que producen (9,13,14,15,16,17,20)

El manejo como el pronóstico de estas neoplasias, dependerá del estadio clínico, grado de malignidad histológica, así como de lo agresivo o conservador del tratamiento. En tumores confinados a un solo sitio como la órbita, se recomienda un tratamiento con radioterapia, a dosis de 1,500 a 2,000 rads en los tumores benignos y de 2,000 a 3,000 rads en los tumores malignos. La quimioterapia está indicada solo cuando se demuestra que existe afección sistémica. La estadificación clínica, clasificación histopatológica, control, tratamiento y seguimiento de la enfermedad, requieren de un manejo multidisciplinario por medio de varios especialistas como son el oftalmólogo, hemato-oncólogo, radiólogo y patólogo entre otros.

### CONCLUSIONES

Los linfomas no Hodgkin son neoplasias malignas que tienen una presentación clínica variable, no obstante deben considerarse como uno más de los diagnósticos diferenciales ante la presencia de proptosis ocular, principalmente en pacientes mayores de 60 años y con discreto predominio por el sexo femenino. El diagnóstico se hace a través de la correlación clínico-patológica, y este es definitivo a través del estudio histopatológico con el apoyo de técnicas especiales del tipo de la inmunohistoquímica, lo que da un mayor índice de certeza. El manejo de pacientes con linfomas no Hodgkin ganglionar y/o extraganglionar debe realizarse en forma multidisciplinaria a través de la interacción de diferentes especialistas como el oftalmólogo, hemato-oncólogo, radiólogo y patólogo. Actualmente la realización de estudios especiales del tipo de la inmunohistoquímica, es de vital importancia, ya que a través de esta se confirma el diagnóstico hecho por microscopía de luz, en la que solo se usan parámetros morfológicos bien establecidos en las diferentes clasificaciones como la de la Nueva Fórmula de Trabajo (WF).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

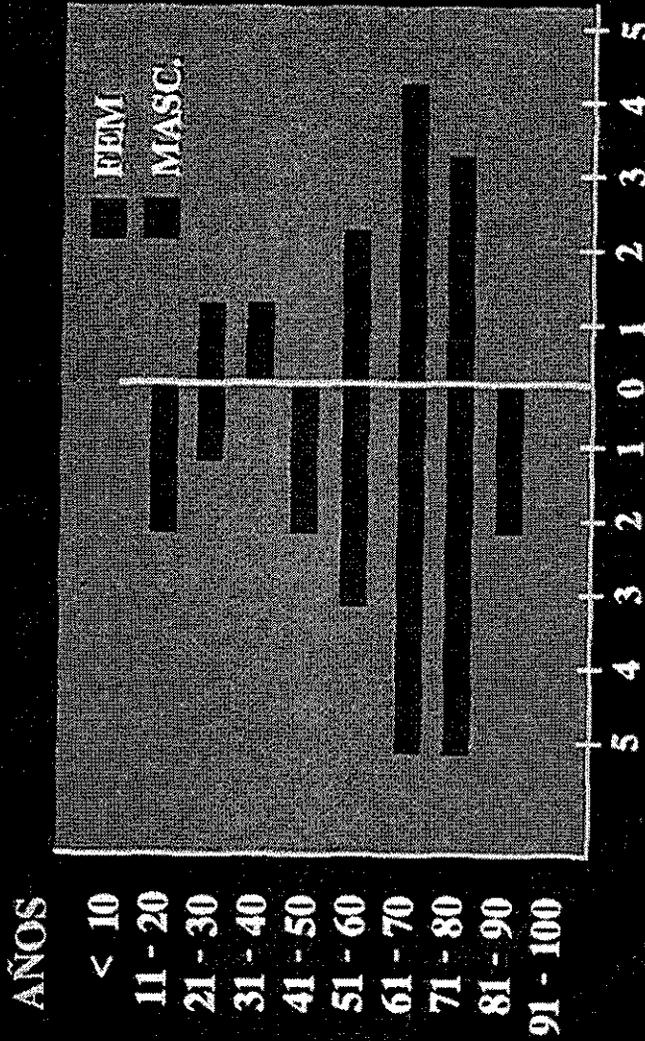
## BIBLIOGRAFIA

1. Shields JA, Bakewell B, et al: Classification and incidence of SpaceOccupying Lesions of the Orbit. Arch Ophthalmol. 1984; 102:160-161.
2. The NonHodgkin's llymphomas:summary and description of a Working Formulation for clinical usage. Cancer 49: 211-22135.1982.
3. Tumor of the Eye Tumors of the Hematopoietic System. Capitulo 13. 465-483
4. Jakobiec FA, Nelson D. Duane s Clinical Ophthalmology. En: Lymphomatous, Plasmacytic, Histiocytic and Hematopoietic Tumors of the Orbit vol. 2, cap 39. 134
6. Ellis JH, Banks PM, et al Lymphoid Tumors of the Ocular Adnexa. Ophthalmology. 1985; 92:1311-1324.
7. Hornblass A, Jakobiec FA, et al. Orbital Lymphoid Tumor Located Predominantly within extraocular Muscles Ophthalmology. 1987; 94:688-697.
8. Reifler DM, Warzynski MJ, et al. Orbital Lymphoma associated with adquired immune deficiency syndrome Surv. Ophthalmol 1994; 38:371-380
9. Knowles DM, Jakobiec FA, et al. Lymphoid hiperplasia and malignant lymphoma occurring inthe ocular adnexa. Hum Pathol. 1990; 21:959-973.
10. Knowles DM, Jakobiec FA. Ocular adnexal lymphoid neoplas: Clinical, histopathologic, electron microscopic and immunologic characteristics. Hum Pathol. 1982; 13:148-162.
11. Medeiros LJ, Harris NL. Lymphoid infiltrates of the orbit an conjunctiva. Am J Surg Pathol. 1989; 13(6):459-471.
12. Jakobiec FA, Yeo JH, et al. combined clinical and computd tomographic diagnosis of primary lacrimal fossa lesions Am J Ophthalmol. 1982; 94:785-807.
13. Lazzarino M, Morra E, et al. clinicopathologic and immunologic characteristics of NonHodgkin Lymphomas presenting in the orbit. Cancer, 1985, 55:1907-1912.
14. Turner RR, Egbert P, Warnke Ra. Lymphocytic infiltrates of the conjunctiva and orbit: Immunohistochemical satining of 16 casos. Am J Clin Pathol. 1984; 81:447-452.
15. Harris NL, Pilch BA, et al. Immunohistologic diagnosis of orbital lymphoid infiltrates. Am J Surg Pathol. 1984;8:83-91.
16. Lardelli P, Swaby RF, et al. determination of lineage and clonality in diffuse lymphomas usin the polymerase chain reaction technique Hum Pathol, 1991; 94:980-994
17. Jakobiec Fa, Neri A, Knowles DM. Genotypic Nonoclonality in immunophenotypically polyclonal orbital llymphoid tumors. Ophthalmology, 1986; 94:980-994



18. Mauriello JA, Flanagan JC. Pseudotumor an Lymphoid tumor Distinct clinicopathologic entities. *Surv Ophthalmol*, 1989; 34: 142-148.
19. Woyno TH, Grossniklaus, H. Inflammatory Pseudotumor of the eyelid. *Ophthalmic Plastic and Reconstructive surgery* 1995; 11(2):125-130
20. Mozo-cueto A, Sadi de Buen, et al Linfoma de Orbita y parpados Manifestaciones clinicas, métodos diagnósticos, valoración integral, clasificación clinico-patologica y tratamiento *Rev Mex Oftalmol*. Enero-Febrero 1989; 63(1): 11-24.
21. Diaz-Gonzalez L, González Alampas G, et al Linfoma histiocitico (reticulosarcoma) de la órbita Presentación de un caso clinico-patologico y revisión de la literatura. *An Soc Mex Oftal* 1978; 52:71-78.
22. Recillas C, Tamariz E. clasificación, frecuencia y distribución de las lesiones linfoides oculares y orbitarias en la A.P.E.C (Revisión de 30 años: 1959-1990) *Rev Mex Oftal* 1996

# RESULTADOS



ESQUEMA 1

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

**TABLA No. 1**

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>NU. CASOS</b>	<b>%</b>
Linfoma	51	100%
Material inadecuado	4	7.8%
Diagnostico dudoso	16	31.3%
Linfoma No-Hodgkin (WF)	31	61.1%

**TABLA No. 2**

**TIEMPO DE EVOLUCIÓN**

<b>DURACION</b>	<b>No. CASOS</b>	<b>%</b>
< 1 mes		
2 - 6 meses	13	41.9%
7 - 12 meses	3	9.6%
13- 24 meses	3	9.6%
25- 36 meses	1	3.2%
33- 48 meses		
49- 60 meses		
61- 72 meses	1	3.2%
> 72 meses		
No especificado	10	32.2%

**TABLA No. 3**

**DIAGNOSTICO CLÍNICO PREVIO**

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>No. CASOS</b>	<b>%</b>
Tumor orbitario en estudio	12	38.7%
Linfoma	6	19.3%
Pseudotumor inflamatorio	5	16.1%
Meningioma	3	9.6%
Carcinoma	2	6.4%
Carcinoma de glándula lagrimal	1	3.2%
Tumor conjuntival	1	3.2%
Mucocele	1	3.2%
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100%</b>

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

TABLA No. 4

GRADO	No. CASOS	%
<b>BAJO GRADO DE MALIGNIDAD</b>	<b>9</b>	<b>29%</b>
-LNH de células pequeñas, linfocítico con diferenciación plasmocitoide	2	6.4%
-LNH nodular y difuso predominantemente de células pequeñas hendidas	7	22.5%
<b>GRADO INTERMEDIO DE MALIGNIDAD</b>	<b>17</b>	<b>54.8%</b>
-LNH nodular y difuso predominantemente de células grandes	2	6.4%
-LNH difuso de células pequeñas hendidas	13	41.9%
-LNH difuso mixto (células pequeñas y grandes)	1	3.2%
-LNH difuso de células grandes	1	3.2%
<b>ALTO GRADO DE MALIGNIDAD</b>	<b>5</b>	<b>16.1%</b>
-LNH difuso de células grandes con diferenciación plasmocitoide	1	3.2%
-LNH difuso de células pequeñas no hendidas	4	12.9%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



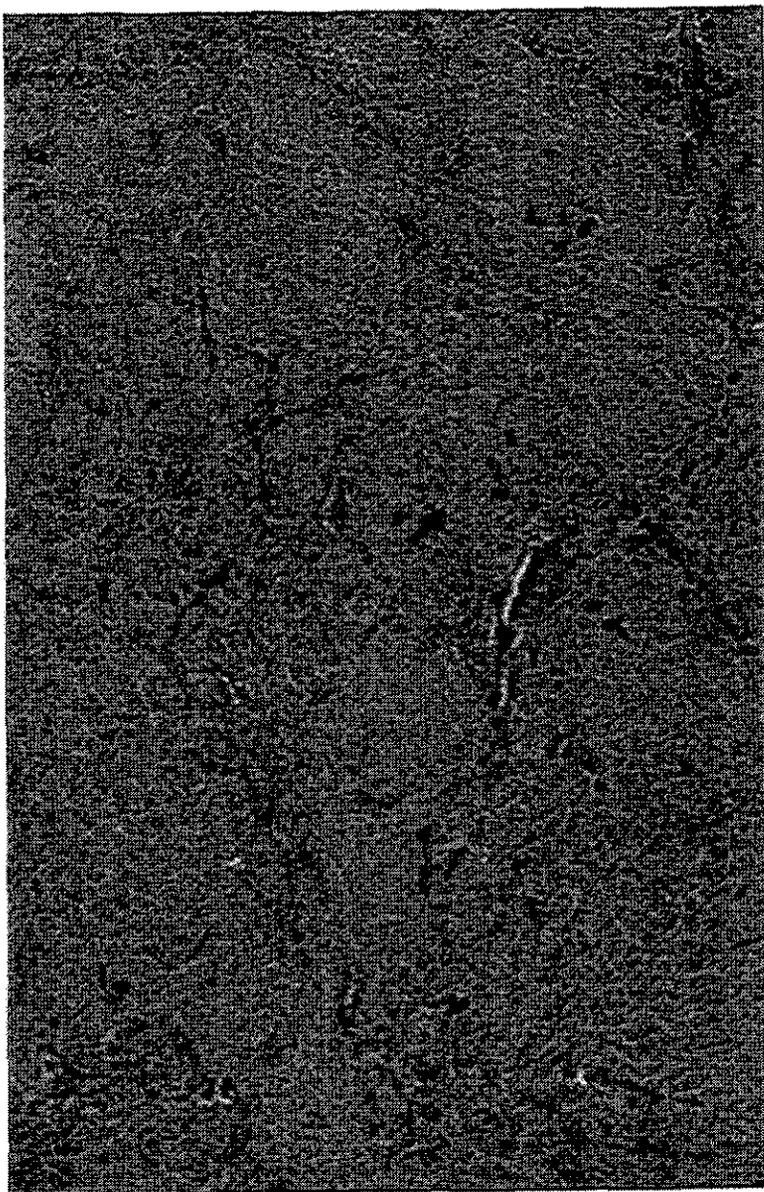
**FOTO 1**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



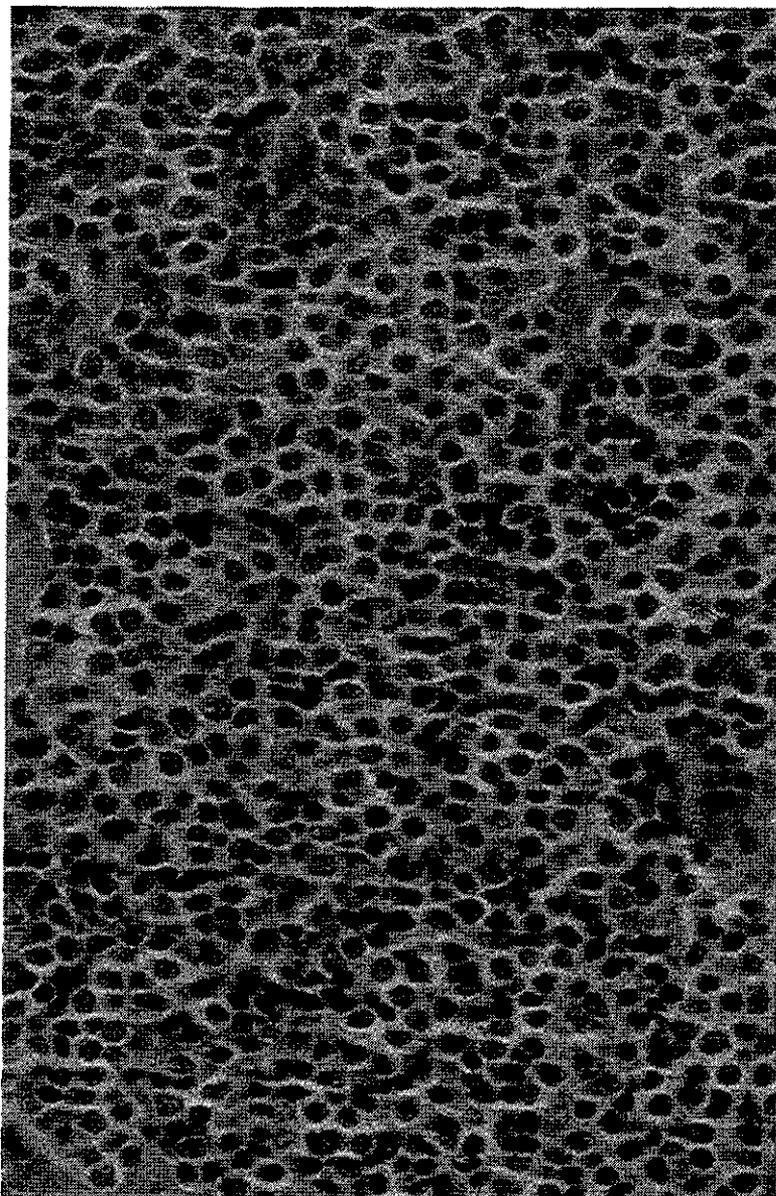
**FOTO 2**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



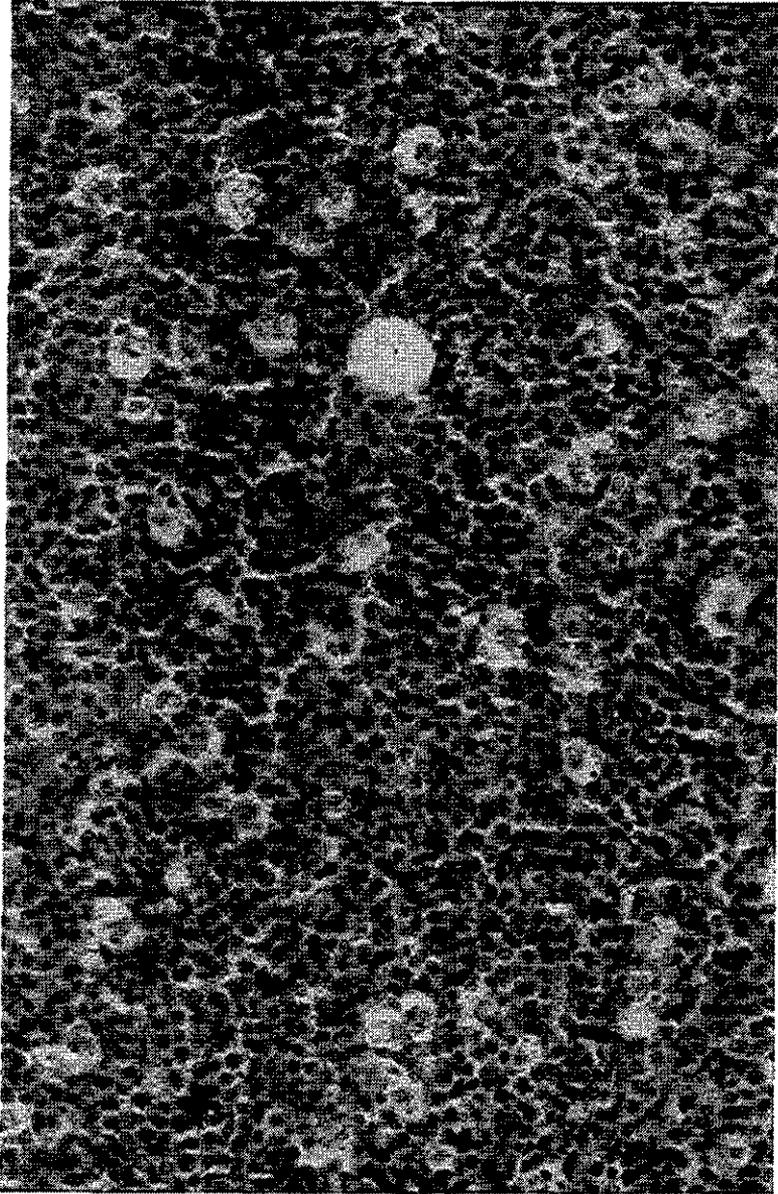
**FOTO 3**  
**GRADO I**

**TESIS CON**  
**FALLA DE ORIGEN**



**FOTO 4**  
**GRADO II**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



**FOTO 5**  
**GRADO III**

**TESIS CON**  
**FALLA DE ORIGEN**