

## Resultados del tratamiento quirúrgico de los tumores malignos del párpado inferior

### Results of the surgical treatment of malignant tumors of the lower eyelid

**Roberto Frías Banqueris,<sup>I</sup> Elizabeth Remón Reyes,<sup>II</sup> Njurka Futiel Ofarris<sup>III</sup> y Luis Alberto Hernández Mariño<sup>IV</sup>**

<sup>I</sup> Especialista de I Grado en Cirugía Plástica y Caumatología. Profesor Asistente de Cirugía General. Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Celia Sánchez Manduley». Manzanillo, Granma.

<sup>II</sup> Especialista de I Grado en Oftalmología. Instructor de Oftalmología. Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Celia Sánchez Manduley». Manzanillo, Granma.

<sup>III</sup> Especialista de I Grado en Oncología. Instructor de Medicina Interna. Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Celia Sánchez Manduley». Manzanillo, Granma.

<sup>IV</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de 2do. Año de Cirugía Plástica y Caumatología. Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Celia Sánchez Manduley». Manzanillo, Granma.

---

#### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** Es objetivo de este trabajo describir el tratamiento quirúrgico de las lesiones malignas localizadas en el párpado inferior, de extensión mayor del 25 % y propagación a los cantos mediales y externo.

**MÉTODOS.** Un equipo multidisciplinario del Hospital «Celia Sánchez Manduley» (Manzanillo) realizó un estudio descriptivo y prospectivo entre enero de 2001 y diciembre de 2006. Se seleccionaron para el estudio 19 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, que fueron valorados previamente por el equipo multidisciplinario, y que dieron su consentimiento informado de participar en la investigación. Se describieron variables como edad, sexo, técnica quirúrgica empleada, localización, resultado anatomopatológico, complicaciones y resultado final. A los pacientes se les daría seguimiento durante un mínimo de 5 años.

**RESULTADOS.** Se encontró un ligero predominio del sexo masculino y de edades por encima de los 50 años. La resección del tumor en cuña, seguida de la reconstrucción por técnica de colgajo de mejilla de Mustardé, fue la técnica de elección. El 79 % de los tumores resultó ser del tipo carcinoma basocelular. La necrosis parcial del colgajo y el hematoma fueron las complicaciones más

frecuentes. Los pacientes se han mantenido en consulta de seguimiento, sin recidiva ni persistencia tumoral.

**CONCLUSIONES.** El tratamiento quirúrgico por técnica de Mustardé combinada con otras técnicas y realizado por un equipo multidisciplinario es ideal para la cirugía del cáncer del párpado inferior.

**Palabras clave:** Cáncer, párpado, cirugía.

---

## SUMMARY

**INTRODUCTION.** The objective of this paper is to describe the surgical treatment of the malignant lesions localized in the lower eyelid with an extension over 25 % and propagation to the medial and external edges.

**METHODS.** A multidisciplinary team of «Celia Sánchez Manduley» Hospital (Manzanillo) conducted a descriptive and prospective study from January 2001 to December 2006. 19 patients that fulfilled the inclusion criterion were selected for the study. They were previously assessed and they gave their informed consent to take part in the study. Variables such as age, sex, surgical technique used, localization, anatomopathological result, complications and final result were described. Patients will be followed up for at least 5 years.

**RESULTS.** A mild predominance of males and of ages over 50 was found. The wedge resection of the tumor followed by Mustardé's cheek flap reconstruction technique was the elective technique. 79 % of the tumors proved to be basocellular carcinoma. Partial necropsy of the flap and hematoma were the most frequent complications. The patients have been followed up without relapse or tumoral resistance.

**CONCLUSIONS.** The surgical treatment by Mustardé's technique combined with other techniques carried out by a multidisciplinary team is ideal for the surgery of lower eyelid cancer.

**Key words:** Cancer, eyelid, surgery.

---

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el cáncer constituye una gran problemática de salud en todos los países del mundo y a pesar de ser unas de las enfermedades más antiguas del ser humano, causa más morbilidad y mortalidad que cualquier otra enfermedad, al punto de constituir la segunda más importante causa de muerte en muchos países.

Por su extensión y sus consecuencias, el cáncer crea un problema social muy grave, tal vez mayor que cualquier otra enfermedad, debido a su diagnóstico tardío y al costo tan elevado de su actual tratamiento. Esta gravedad es mayor, sobre todo, cuando no existen programas para el diagnóstico precoz o se dificulta el acceso a las instituciones de salud. En el mundo de hoy constituye un grave problema puesto que las tasas se incrementan aún más, especialmente en los países subdesarrollados.<sup>1</sup>

El cáncer de piel es la neoplasia más común del ser humano. Los tres tipos principales de cáncer de piel son el carcinoma basocelular y el carcinoma de células escamosas, que tienen altas posibilidades de curación, y el tipo más grave que es el melanoma maligno.<sup>2</sup>

El carcinoma basocelular es el tumor maligno más común en el hombre.<sup>3-5</sup> El 90 % se localiza en la cabeza y el cuello, y solo el 10 % afecta a los párpados.<sup>4</sup> De hecho, es la neoplasia maligna más frecuente en esta localización y, preferentemente, ocupa más del 80 % del párpado inferior.

En nuestro hospital están creados los mecanismos para el diagnóstico y tratamiento del cáncer del párpado inferior, pero constituían un problema las lesiones malignas de envergadura, que ocupan más del 25 % de extensión y se propagan hacia los cantos medial y externo. Con la finalidad de atender a estos pacientes se creó un equipo multidisciplinario formado por especialistas en cirugía plástica, oftalmología y oncología, el cual desde el año 2001 da solución a este problema de salud.

## **MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal con pacientes con diagnóstico de lesiones malignas del párpado inferior, atendidos en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Celia Sánchez Manduley», en Manzanillo (Granma), entre enero de 2001 y diciembre del 2006. El objetivo fue describir el resultado del tratamiento quirúrgico aplicado a dichos pacientes.

El universo estuvo constituido por todos los pacientes con lesiones localizadas en párpado inferior, con características clínicas de una lesión maligna, y se seleccionaron como muestra para el estudio los que tenían extensión mayor o igual al 25 % del párpado, previa valoración del equipo multidisciplinario y consentimiento informado de los pacientes de participar en la investigación.

Para el registro de la información con vistas al diagnóstico, se confeccionó un modelo de recolección que se utilizó como guía de estudio. El modelo incluye datos generales, anamnesis, examen físico general y oftalmológico, estudios complementarios hematológicos, diagnóstico etiológico, topográfico e histopatológico, y del tratamiento quirúrgico: técnica quirúrgica, complicaciones, recidivas y evaluación.

Se describieron variables como edad, sexo, técnica quirúrgica empleada, localización, resultado anatomopatológico, complicaciones y resultado final. A los pacientes se daría seguimiento por un mínimo de 5 años.

## **RESULTADOS**

La incidencia de tumores en nuestro estudio apareció en pacientes mayores de 50 años; el mayor número de ellos tenía entre 60 y 70 años y hubo un ligero predominio del sexo masculino ([tabla 1](#)).

**TABLA 1. Pacientes según edad y sexo**

Edad (años)	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
51 a 60	2	2	4
61 a 70	5	5	10
71 a 80	1	3	4
81 y más	-	1	1
<i>Total</i>	<i>8</i>	<i>11</i>	<i>19</i>

Fuente: Planilla de recolección de datos.

El 79 % de los tumores resultó ser carcinoma basocelular ([figuras 1 y 2](#)) y el 21 % fueron carcinomas epidermoides. No se encontró ningún melanoma en nuestra serie ([tabla 2](#)).



**FIGURA 1. Carcinoma basocelular: tercio medio y externo.**



FIGURA 2. Carcinoma baso celular: canto y tercio interno.

TABLA 2. Pacientes según localización y resultado anatomopatológico

Localización	Resultado anatomopatológico			Total
	Carcinoma basocelular	Carcinoma epidermoide	Melanoma	
1/3 interno	5	-	-	5 (26.3 %)
1/3 medio	7	2	-	9 (47.4 %)
1/3 externo	4	1	-	5 (26.3 %)
<i>Total</i>	<i>15 (79 %)</i>	<i>3 (21 %)</i>	-	<i>19 (100 %)</i>

Fuente: Planilla de recolección de datos.

La resección en cuña del tumor, seguida de la rotación de colgajo de mejilla tipo Mustardé, asociada en algunos casos a colgajo glabellar de avance en V-Y en los tumores del tercio interno y canto medial, se utilizó preferentemente como tratamiento quirúrgico. Para la reconstrucción del tarso se utilizó de preferencia un injerto condromucoso del tabique nasal ([tabla 3](#)).

**TABLA 3. Pacientes según técnica quirúrgica**

Técnica quirúrgica (resección en cuña más reconstrucción)	Fuente para reconstruir tarso		Total
	Injerto condromucoso nasal	Tarso y conjuntiva de párpado superior	
Colgajo local mejilla (Mustardé)	10	3	13
Colgajo de mejilla más colgajo de avance glabellar	3	1	4
Injerto autógeno de piel	1	-	1
Combinación de colgajo de mejilla e injerto	1	-	1
<i>Total</i>	<i>15</i>	<i>4</i>	<i>19</i>

Fuente: Planilla de recolección de datos.

La necrosis parcial del colgajo (2), el hematoma (1) y la dehiscencia (1) aparecieron como complicaciones del tratamiento.

Los pacientes se mantienen en consulta de seguimiento del equipo multidisciplinario por 5 años. No hubo pacientes con persistencia ni recidiva del tumor.

## DISCUSIÓN

Es bien conocido que los tumores malignos de la piel se presentan a partir de los 45 años de edad, aunque los anuarios en Cuba demuestran que la incidencia del cáncer de piel ha ido creciendo, y que los tumores malignos constituyen la segunda causa de muerte y son más frecuentes en el sexo masculino.<sup>6</sup> Estos datos coinciden con los hallados en el presente estudio, donde la enfermedad se presenta a partir de los 50 años y predominan los hombres. Además, es importante destacar que la población que acude a nuestro hospital es predominante agrícola y proveniente de una zona de gran actividad pesquera, por lo que la exposición a los rayos ultravioletas solares parece ser el carcinógeno más importante de la inducción del cáncer de piel en los párpados.<sup>7,8</sup>

La reconstrucción del párpado de forma exacta es extremadamente difícil y por fortuna no se requiere una remodelación exacta de todos los detalles para que este funcione bien y presente buen aspecto estético. Se requieren 3 aspectos fundamentales e inviolables: una capa externa de piel, un soporte que brinde estabilidad y una capa interna mucosa.<sup>9</sup>

El soporte que brinda el injerto compuesto de mucosa y cartílago nasal evita complicaciones no deseadas, como el descenso tardío del párpado y ectropion, además no deja deformidades perceptibles ni trastornos funcionales en el sitio donador.

El carcinoma de células basales es localmente invasivo pero no metastásico, lo cual permite en el párpado, un tratamiento definitivo mediante la cirugía escisional amplia, en la que se obtienen excelentes resultados estéticos y funcionales.<sup>6</sup> Su localización en el 50 % de los casos es el borde libre y en el 30 %, el canto interno, lo que obliga una cirugía de revisión que afecta todas las capas del párpado y las estructuras importantes del sistema de drenaje del aparato lagrimal, para poder remover totalmente el tumor.<sup>10</sup>

La técnica de Mustardé tiene resultados estéticos superiores a otros tipos de colgajos locales e injertos de piel total, sobre todo en lesiones en las que es necesario extirpar del 50 % a la totalidad del párpado,<sup>9</sup> aunque la conducta a seguir depende básicamente de la edad del paciente, las características del párpado y el tumor, así como la experiencia personal y preferencia del equipo médico. Los límites laterales de la resección fueron acordes al tipo clínico del tumor y fue mayor cuando se sospechó la existencia de un carcinoma de células escamosas y carcinoma basocelular del tipo morfeiforme, en cuyos casos osciló entre 7 y 10 mm.<sup>10,11</sup> No se realizó biopsia por congelación de los límites de la resección por no estar disponible en el departamento de patología de nuestra institución. Se realizó una reconstrucción utilizando injerto autógeno de piel total en un paciente fumador de 20 cigarrillos diarios por más de 40 años, hábito tóxico que podía comprometer el éxito de un colgajo local.

La literatura reporta el uso de la crioterapia en tumores parpebrales y su recurrencia es alta en comparación con la cirugía en lesiones no bien circunscritas por lo que se debe evitar en estos casos, así como en lesiones del canto y recurrentes. Está indicada como terapia sola, en pacientes para quienes se contraíndica la cirugía.<sup>10</sup>

La terapia con radiación es útil en tumores del borde libre del párpado, pero debe ser evitada en lesiones del canto, por riesgo de recurrencia al no poder ser evaluados los márgenes histológicos del tumor. La recurrencia del tumor en pacientes tratados con radiación es alta comparada con el tratamiento por cirugía, por lo que no debe ser considerada un tratamiento curativo solo y debe emplearse como paliativo cuando no este indicada la cirugía del tumor.<sup>10</sup>

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Paggett JK, Hendrix JD Jr. Cutaneous malignancies and their management. *Otolaringol Clin North Am* 2001;34(3):523-53.
2. Zimmermann AC, Klaus V. Predictors of recurrent basalioma of the eyelids and periorbital region. *Ophthalmology* 2001; 98 (6):555-9.
3. Kanski J. *Clinical ophthalmology*. 4 ed. Boston: Butterworth Heinemann;1999. Pp.19-21.

4. Grawfor JB. Neoplastic and inflammatory tumors of the eyelids. Philadelphia: Lippincott, Raven, 1998.
5. Salomon J, Bieniek A, Baran E, Szepietowski JC. Basal cell carcinoma on the eyelids: own experience. Clin Plast Surg. 2004 Jan;31(1):49-67.
6. MINSAP. Anuario estadístico. 2004. Consultado: 13 enero de 2007. Disponible en: <http://www.sld.cu/anuario/indice.html>.
7. American Academy of Ophthalmology. Ophthalmic pathology and intraocular tumors. Basic and clinical science course. Section 4. San Francisco: American Academy of Ophthalmology; 1995. Pp. 89-92.
8. Murillo WL, Fernández W, Caycedo DJ, Dupin CL, Black ES. Cheek and inferior eyelid reconstruction after skin cancer ablation. Kaohsiung J Med Sci. 2003 Nov;19(11):549-54.
9. Mustardé JC. Cirugía reparadora y reconstructora de la región orbital. Barcelona: Ediciones Toray, S.A.;1982. Pp. 97-118.
10. American Academy of Ophthalmology. Orbit, eyelids and lacrimal system. Basic and clinical science course. Section 7. San Francisco: American Academy of Ophthalmology; 1995. Pp. 175-84.
11. Chang CH, Chang SM, Lai YH, Huang J, Su MY, Wang HZ, *et al.* Eyelid tumors in southern Taiwan: a 5-year survey from a medical university. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2004 Jan; 20(1):31-6.

Recibido: 28 de julio de 2007.

Aprobado: 16 de noviembre de 2007.

*Dr. Roberto Frías Banqueris.* Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Celia Sanchez Manduley». Avenida Camilo Cienfuegos. Manzanillo, Granma. Correo electrónico: [banque@golfo.grm.sld.cu](mailto:banque@golfo.grm.sld.cu)