

Hospital Oftalmológico Docente "Ramón Pando Ferrer"

CARCINOMA BASOCELULAR DE LOS PÁRPADOS

Dra. Clara G. Gómez Cabrera,¹ Dra. Dania Santos Silva² y Dra. Iraida Falcón Márquez¹

RESUMEN: Se realizó un análisis de tipo retrospectivo de 39 pacientes operados, con diagnóstico histológico de carcinoma basocelular de los párpados en el período comprendido entre febrero de 1995 y diciembre de 1999. Se excluyeron los pacientes operados sin clasificación TNM. Este tumor se localizó en el párpado inferior de 22 pacientes (56,4 %). La variedad noduloulcerativa estuvo presente en 27 casos (69,2 %). 34 pacientes se encontraban en los estadios T1 y T2, 4 en el estadio T3 y solo 1 en T4. El grupo de mayor incidencia fue el de pacientes entre 50 y 70 años de edad. No hubo diferencias en cuanto al sexo. El párpado inferior constituyó la localización anatómica prevalente. La variedad clínica noduloulcerativa predominó, así como los estadios T1 y T2.

DeCS: CARCINOMA BASOCELULAR/cirugía; CARCINOMA BASOCELULAR/patología; NEOPLASMAS DE LOS PÁRPADOS.

El carcinoma basocelular (CB) es el tumor maligno más común en el humano.¹⁻³ El 90 % se localiza en cabeza y cuello, y solo el 10 % afecta a los párpados.^{1,2} De hecho es la neoplasia maligna más frecuente en esta localización.^{1,2,5-8} El 82,4 % de los tumores malignos de los párpados en el "Wills Eye Hospital" fueron carcinomas basocelulares y en un estudio que se realizó en Brazil ocuparon el 81,9 %.^{4,5,9,10} Por lo general, afectan a pacientes blancos, rubios y de ojos azules a partir de los 50 años de edad, aunque en pacientes jóvenes puede ser visto asociado a varios síndromes.¹⁻⁴

Este tumor tiene predilección por el párpado inferior seguido por el canto lateral y con menos frecuencia afecta al párpado

superior y al canto externo.^{1,2,11} Son más difíciles de manejar cuando se localizan en el canto medio ya que en su crecimiento pueden invadir a la órbita y/o senos perinasales, de hecho este tumor es localmente invasivo y de crecimiento lento.² Existen 3 formas clínicas principales: CB nodular, CB noduloulcerativo y el CB esclerosante que puede confundirse con condiciones benignas de los párpados y su exéresis puede resultar incompleta a causa de que sus márgenes son clínicamente inaparentes.¹⁻³ Hay otras formas de presentación con el CB pigmentado que tiende a confundirse con un nevus o un melanoma y el CB quístico que semeja un quiste epitelial.^{1,3,12,13}

¹ Especialista de I Grado en Oftalmología.

² Especialista de II Grado en Oftalmología.

El tratamiento de elección es quirúrgico utilizando o no la cirugía reconstructiva. La crioterapia ha sido utilizada con éxito en el manejo de pequeños tumores.^{1,5,14} La radioterapia por lo general se emplea en aquellos casos donde no fue posible la exéresis completa o combinada con la biopsia incisional. Por la frecuencia con que este tumor afecta a los párpados, nos propusimos describir su comportamiento en nuestro centro y de esta forma conocer su incidencia en cuanto a edad, sexo, localización anatómica y variedad clínica, así como establecer el tratamiento según la clasificación tumor, nódulo, metástasis, conocida como TNM.

Métodos

Se realizó un análisis descriptivo de tipo retrospectivo donde se estudiaron los pacientes operados en el departamento de Oculoplastia del Hospital “Pando Ferrer” con diagnóstico histológico de carcinoma basocelular de los párpados. Se obtuvo una muestra de 39 pacientes en el período comprendido entre febrero de 1995 y diciembre de 1999. Se excluyeron del estudio los pacientes operados sin clasificación TNM.

Resultados

En nuestro estudio como se observa en la figura 1 de un total de 39 pacientes encontramos 8 en el grupo de edades entre 20 y 49 años para el 20,5 %, 18 entre los 50 y 70 años (46,2 %) y 13 eran pacientes mayores de 70 años (33,3 %). No tuvimos ningún paciente por debajo de los 20 años de edad.

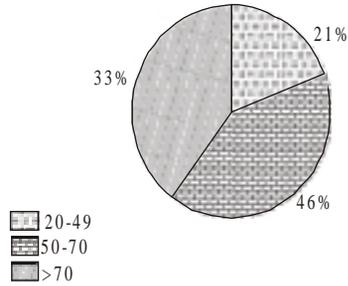


FIG. 1. Distribución por edades.

En la figura 2 observamos que 21 pacientes fueron del sexo femenino (53,8 %) y 18 del sexo masculino (46,2 %).

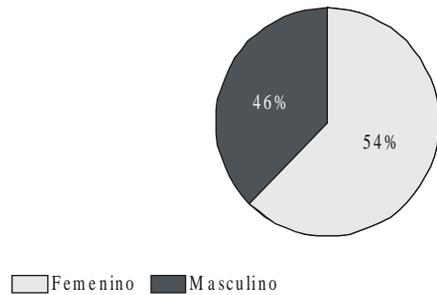


FIG. 2. Distribución por sexo.

El CB se localizó en el párpado inferior en 22 pacientes (56,4 %), 9 en párpado superior (23,1 %), 6 en canto interno (15,4 %) y solo en 2 casos se presentó este tumor en canto externo (5,1 %) (fig. 3).

La variedad noduloulcerativa estuvo presente en 27 pacientes (69,2 %), seguida por la nodular con 8(20,5 %), la morfeiforme 3(7,7 %) y la pigmentada solo la vimos en 1 caso para el 2,6 % (fig. 4).

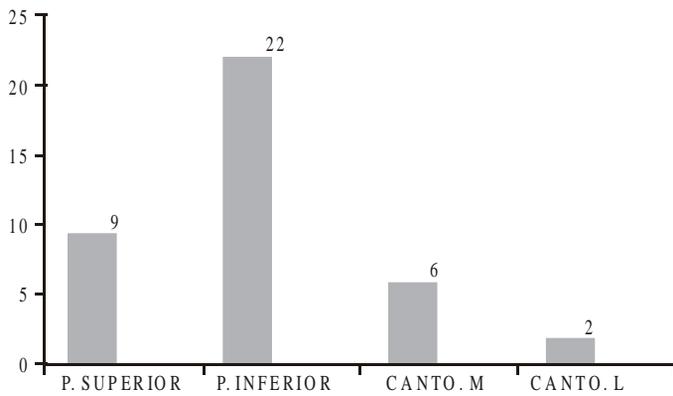


FIG. 3. Localización.

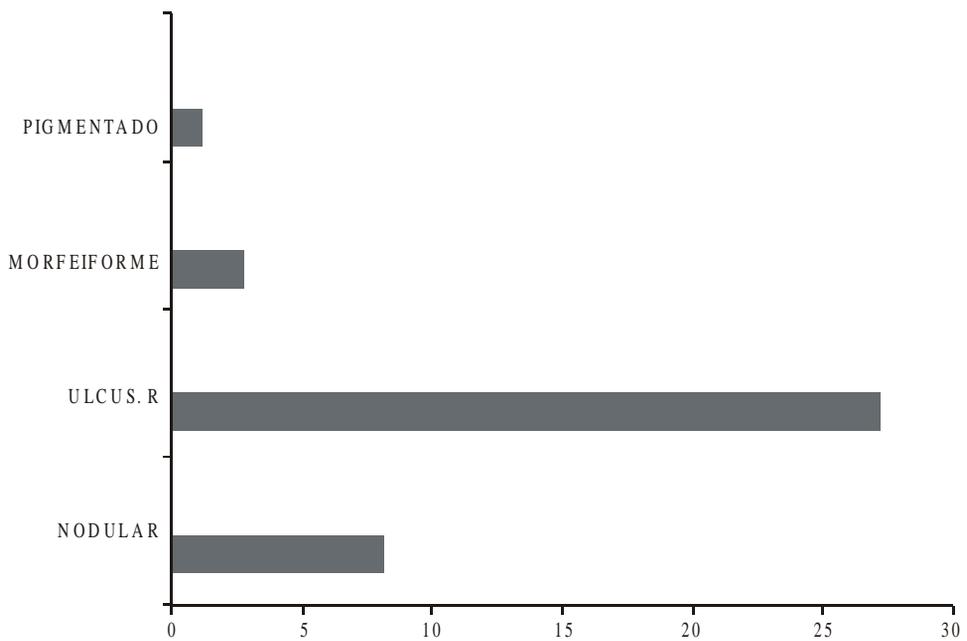


FIG. 4. Clasificación clínica.

El tratamiento según TNM se estableció de la siguiente forma:

- T1 y T2: 34 pacientes
- 29 exéresis completa
- 3 biopsia incisional + radioterapia
- 2 exéresis incompleta + radioterapia
- T 3: 4 pacientes
- 2 exéresis completa
- 2 biopsia incisional + radioterapia
- T 4: 1 paciente
- Biopsia incisional + radioterapia.

Discusión

En nuestra serie estudiada encontramos que el grupo de edades de mayor incidencia fue el de pacientes entre 50 y 70 años, seguido por los pacientes mayores de 70, lo cual concuerda con lo reportado por la literatura de que este tipo de tumor aumenta su frecuencia con la edad.^{1,2,7,15}

Se plantea por otros autores que este carcinoma afecta por igual a hombres y a mujeres lo que concuerda con nuestro estudio pues no encontramos diferencias significativas en cuanto al sexo.^{1,2,15}

El párpado inferior constituyó la localización anatómica prevaleciente, hecho señalado por *Shield*, quien plantea que el 52 % de estos tumores aparecen en este sitio.

La variedad clínica noduloulcerativa predominó sobre el resto de las formas de presentación, seguida por la nodular, las cuales constituyen las formas clínicas más frecuentes y de fácil diagnóstico por su aspecto inconfundible.^{1-3,16}

En los estudios T1 y T2 que son los de mejor pronóstico y fácil manejo tuvimos 34 pacientes. En 2 casos quedó tumor en los bordes de sección quirúrgica e histológicamente se trataban de basales morfeiformes cuya extensión clínica no se corresponde con la histológica que suele ser mayor por lo que es frecuente la exéresis incompleta,^{1,2,15} por lo tanto, en estos 2 pacientes fue necesario tratamiento radiante del tipo de Rx superficial.

Tres pacientes se negaron al tratamiento quirúrgico por lo que se realizó biopsia incisional más radioterapia. En el estadio T3 en 2 pacientes fue posible la exéresis completa utilizando cirugía reconstructiva mediante injerto rotado de Tenzel. Solo tuvimos 1 caso en estadio avanzado (T4) que fue tributario de biopsia más radioterapia.

SUMMARY: A retrospective analysis of 39 patients that were operated on with histological diagnosis of basocelular eyelid carcinoma from February, 1995, to December, 1999, was made. Those patients who underwent surgery without TNM classification were excluded. This tumor was localized in the lower eyelid of 22 patients (56.4 %). The nodular ulcerative variety was present in 27 cases (69.2 %). 34 patients were in stages T1 and T2, 4 in T3 and only 1 in T4. The group of highest incidence was that of the patients aged 50-70. There were no differences as regards sex. The lower eyelid was the prevailing anatomic localization. The clinical nodular ulcerative variety predominated, as well as stages T1 and T2.

Subject headings: **CARCINOMA, BASAL CELL/surgery; CARCINOMA, BASAL CELL/pathology; EYELID NEOPLASMS.**

Referencias bibliográficas

1. Shields CL. Basal cell carcinoma of the eyelids. *Int Ophthalmol Clin* 1993;33(3):1-4.
2. Kanski J. *Clinical Ophthalmology*. 4 ed. Boston: Butterworth Heinemann, 1999:19-21.
3. Grawfor JB. Neoplastic and inflammatory tumors of the eyelids. Philadelphia: Lippincott, Raven, 1998.
4. Bastiaens MT, Hoefnagel JJ, Brujin JA, Westendorp RG, Vermeer BJ, Bouwes BJN. Differences in age, site, distribution and sex between nodular and superficial basal cell carcinoma indicate different types of tumors. *J Invest Dermatol* 1998;110(6):880.
5. Lindgren G, Larko O. Long-term follow-up of cryosurgery of basal cell carcinoma of the eyelids. *J Am Acad Dermatol* 1997;36(5 pt 1): 742-6.
6. Ni Z. Histopathological classification of 3510 cases with eyelids tumors. *Chung Hua Yen Ko Tsa Chih* 1996;32(6):435-7.
7. Abdi U, Tyagi N, Maheshwari V, Gogi R, Tyagi SP. Tumours of eyelids: a clinicopathologic study. *J Indian Med Assoc* 1996;94(11):405-9.
8. Talan-Hranilovic J, Cajkovic V, Gregurek-Novak T, Padovan S. Frequency of skin cancer and other ultraviolet radiation provoked skin lesions of eyelids and periocular region in the 1981-1992 period. *Acta Med Croat* 1996;50(1):29-32.
9. Mclean IW, Burnier MN, Zimmerman LE, Jakobiec FA. Tumors of the eye and ocular adnexa. *Atlas of Tumors Pathology*. Maryland: Advisor Board, 1994:1-94.
10. Burnier M, Belfort R, Rigueiro MP, Montezzo LC, Chiferi V. Neoplasias malignas da pálpebra. Instituto Penido Burnier. 1988;30(1):29-35.
11. Lindgren G, Differy BL, Larko O. Basal cell carcinoma of the eyelids and solar ultraviolet radiation exposure. *Br J Ophthalmol* 1998;82(12):1412-5.
12. D'Hermies F, Morel K, Meyer A, Elmaleh C, Watel JP, Schwartz L. Pigmented basal cell carcinoma of the eyelid. Apropos of a clinical case. *J Fr Ophthalmol* 1998;11(6):462-3.
13. Karcioglu ZA, Al-Hussain H, Svredberg AH. Cystic basal cell carcinoma of the orbit and eyelids. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 1998;14(2):134-40.
14. Goncalves JC. Fractional cryosurgery. A new technique for basal cell carcinoma of the eyelids and periorbital area. *Dermatol Surg* 1997;23(6):475-8.
15. Slamorits TL. Basic and clinical science course. Orbit, eyelids and lacrimal system. San Francisco: American Academy of Ophthalmology 1997-1998: 177-83.
16. Bonner PK, Bregman DK, Mclean JV, Lapiana FG. Mixed type basal cell carcinoma of the eyelids. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 1998;14(3):216-21.

Recibido: 22 de enero de 2001. Aprobado: 5 de octubre de 2001.

Dra. *Clara G. Gómez Cabrera*. Hospital Oftalmológico Docente "Ramón Pando Ferrer". Ciudad de La Habana, Cuba.