

## Correlación clínica y anatomopatológica de los tumores palpebrales intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Oculoplastia

### Clinical and anatomopathological correlation of palpebral tumors operated on at the Oculoplasty Service

Dra. Irene Rojas Rondón,<sup>1</sup> Dra. Lissette Pérez Rodríguez,<sup>1</sup> Dra. Lázara Kenia Ramírez García,<sup>1</sup> Dra. Clara Gómez Cabrera,<sup>1</sup> Dr. Lázaro Vigoa Aranguren<sup>1</sup>

Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer". La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Objetivo:** caracterizar la correlación clínica y anatomopatológica de las lesiones tumorales palpebrales.

**Métodos:** se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en los pacientes con tumores palpebrales intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía Plástica Ocular del Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer" en el período de enero a septiembre de 2011. La muestra quedó constituida por 196 pacientes operados de las diferentes tumoraciones palpebrales, quienes cumplieron con los criterios de inclusión. Las variables que se utilizaron fueron: edad, sexo, color de la piel, localización de los tumores palpebrales malignos, calidad de la exéresis quirúrgica y correspondencia entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico.

**Resultados:** el grupo de edad de mayor porcentaje fue el de 65 años y más, con 38 %, así como el sexo femenino con 63 %. Fue mayor el número de pacientes de piel blanca, con 85 %. Coexistió correspondencia clínica y anatomopatológica en el 65 % de los casos con tumoraciones benignas, y en las malignas con el 71 %. En la mayoría de los casos la exéresis de la lesión fue completa.

**Conclusiones:** existe correspondencia entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico de las tumoraciones palpebrales, la cual es superior en los tumores malignos.

**Palabras clave:** diagnóstico clínico, diagnóstico anatomopatológico, tumores palpebrales, tumores malignos palpebrales.

## ABSTRACT

**Objective:** to characterize the clinical and pathological correlation of eyelid tumor lesions.

**Methods:** a retrospective and descriptive study was conducted in patients with eyelid tumors surgically treated at the Ocular Plastic Surgery Department of "Ramón Pando Ferrer" Cuban Institute of Ophthalmology in the period from January to September 2011. The sample consisted of 196 patients operated on from different eyelid tumors, who met the inclusion criteria. The variables used were age, sex, race, location of malignant eyelid tumors, quality of the surgical resection quality and correspondence between the clinical and the pathological diagnoses.

**Results:** the largest age group was the 65 years-old percent and older with 38 %, and females accounted for 63 %. The Caucasian patients represented 85%. There was clinical and pathological correspondence in 65 % of patients with benign tumors and in 71 % of malignancies. Excision of the lesion was complete in most of cases.

**Conclusions:** there was correspondence between the clinical and the pathological diagnoses of eyelid tumors, being higher in malignant tumors.

**Key words:** clinical diagnostic, anatomopathological diagnostic, eyelid tumors, malignant eyelid tumors.

---

## INTRODUCCIÓN

Entre las diversas estructuras que contribuyen a la protección del globo ocular, la más importante son los párpados, ya que forman sobre el ojo una cubierta protectora frente a los agentes externos: luz, calor, frío, lesión mecánica y polvo. Los movimientos del parpadeo aseguran la hidratación constante a la superficie ocular; participan en la estética, así como en el valor comunicativo y expresivo a la mirada.<sup>1</sup>

Existen en los párpados un gran número de tejidos bien diferenciados conjuntivales, epiteliales, fibrosos, musculares, nerviosos, glándulas diversas, vasos sanguíneos y linfáticos que pueden dar lugar al desarrollo de diferentes tipos histológicos de tumores en dichas estructuras. En ocasiones, algunos de ellos representan grandes problemas diagnósticos por presentar características poco comunes. Otras veces sus particularidades clínicas son tan sugestivas de malignidad que facilitan el diagnóstico.<sup>1</sup>

Los procesos tumorales oculares no ocupan, por su frecuencia, los primeros lugares en la incidencia o prevalencia del cáncer en comparación con otras localizaciones. Su importancia radica en lo valioso del sistema visual en la vida del hombre y lo especializado que resulta el diagnóstico para el tratamiento de estas entidades nosológicas.<sup>2,3</sup>

Dentro de la amplia gama de variedades clinicohistológicas de cáncer, es el de piel el tipo más frecuente en el ser humano. La incidencia mundial ha estado en aumento en proporción epidémica, y es la exposición a la luz solar la causa principal relacionada con su aparición, a pesar de que estos tumores pueden desarrollarse en zonas del cuerpo protegidas de esta.<sup>4-7</sup>

---

Los tumores benignos más frecuentes son el xantelasma, los quistes de inclusión y la verruga vulgar.<sup>2-4</sup> En el caso del cáncer de piel, los tipos principales son el carcinoma basocelular (CBC), el carcinoma de células escamosas (CCE), el adenocarcinoma y el melanoma maligno, los primeros con altas posibilidades de curación.<sup>8-10</sup>

El 90 % de las neoplasias malignas cutáneas se localizan en cabeza y cuello, y solo el 10 % afecta a los párpados. El tumor palpebral maligno más frecuente es el CBC.<sup>1,3,6,10</sup>

El tratamiento más frecuente de todas las lesiones tumorales palpebrales, sobre todo si se sospecha malignidad, es la escisión quirúrgica. Este es el motivo por el que numerosos autores aconsejan extirpar entre 3 y 5 mm de tejido sano alrededor del lecho tumoral para evitar recidivas.<sup>11-14</sup>

Existen otras alternativas de tratamiento como: crioterapia, terapia fotodinámica y uso de medicamentos tópicos con un alto índice de curabilidad. La radio y la quimioterapia quedan reservadas para aquellas lesiones que no cumplen los criterios para la cirugía, por ser lesiones muy extensas, con invasión a tejidos adyacentes, así como pacientes donde esté contraindicada la cirugía. Las lesiones malignas pueden recidivar en el mismo lugar o en su proximidad, por lo que hay que realizar un seguimiento periódico después de la cirugía.<sup>1,4,6,9,10-15</sup>

Se debe realizar el análisis histopatológico a todas las lesiones extirpadas, incluso si su aspecto clínico es benigno. La recogida adecuada y el procesamiento de las muestras resulta vital para obtener el máximo rendimiento de las biopsias; es imprescindible la estrecha relación clinicopatológica, por lo que se debe insistir en la importancia de la información clínica que debe acompañar la solicitud. De esta información depende la interpretación de los hallazgos, pero también depende la forma en que la muestra debe procesarse.<sup>10,15</sup>

Es importante adjuntar datos clínicos, evolutivos, características macroscópicas y posible diagnóstico, por cuanto es el patólogo quien corrobora el carácter completo de la exéresis, que es la herramienta más importante para el diagnóstico y clasificación.<sup>15</sup>

Basado en el valor del diagnóstico clínico y anatomopatológico de las lesiones tumorales palpebrales, es oportuno resaltar la importancia de realizar una exéresis completa de dichas afecciones, lo cual permite elevar a niveles superiores la atención del pueblo y, por tanto, mejorar la calidad de vida de los pacientes. Por lo antes expuesto se realizó una investigación con el objetivo de caracterizar la relación clínica y anatomopatológica de las lesiones tumorales palpebrales intervenidas quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía Plástica Ocular del Instituto Cubano de Oftalmología (ICO) "Ramón Pando Ferrer", de enero a septiembre de 2011.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo con el objetivo de caracterizar la correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico de las lesiones tumorales palpebrales intervenidas quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía Plástica Ocular del ICO "Ramón Pando Ferrer", de enero a septiembre de 2011.

El universo estuvo constituido por todos los pacientes con tumores palpebrales que acudieron al servicio en el periodo señalado. Para el estudio se incluyeron pacientes

mayores de 15 años, con diagnóstico anatomopatológico de tumores palpebrales. Se excluyeron los casos con tumoraciones palpebrales a los que no se les realizó estudio histológico.

La muestra, después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, quedó conformada por 196 pacientes. Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, color de la piel, localización de la tumoración maligna, tipo de exéresis y correspondencia clinicopatológica.

La información se obtuvo a través de la revisión de las solicitudes de biopsia realizadas por los oftalmólogos. Los datos recogidos se reflejaron en una planilla de recolección de datos, confeccionada al efecto, con los cuales se confeccionó una base de datos en el programa Microsoft Office Excel.

## RESULTADOS

Referente a las variables epidemiológicas, el grupo de edad de mayor porcentaje fue el de 65 años y más con un 38 %, seguido del grupo de 55 a 64 años con un 26 %. De esta misma forma el sexo femenino presentó el mayor porcentaje con 63 %, como se muestra en la tabla 1.

**Tabla 1.** Distribución de pacientes con tumoraciones palpebrales según edad y sexo

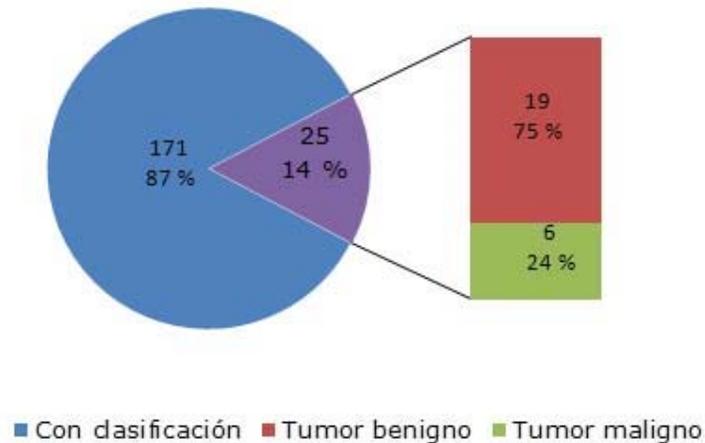
Grupos de edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
15-24	3	4	3	2	6	3
25-34	4	5	7	7	11	6
35-44	8	11	14	11	22	11
45-54	11	15	20	16	31	16
55-64	20	28	31	25	51	26
65 y más	27	37	48	39	75	38
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>37</b>	<b>123</b>	<b>63</b>	<b>196</b>	<b>100</b>

Fue mayor el número de pacientes de color de la piel blanca con un 85 %. En la tabla 2 se observa la correspondencia entre los diagnósticos clínico y anatomopatológico de los tumores luego de la cirugía. Se constató un 65 % de confirmación de los casos con tumoraciones benignas y en las malignas el 71 %.

**Tabla 2.** Correspondencia clínica y anatomopatológica de los tumores palpebrales

Naturaleza del tumor	Diagnóstico presuntivo (N)	Confirmación histológica	
		No.	%
Tumor benigno	143	93	65
Tumor maligno	28	20	71
Total	171	130	71

De los 196 pacientes incluidos en el estudio, solo 171 incluían en la solicitud de biopsia el diagnóstico presuntivo de la tumoración palpebral (87 %). Las 25 solicitudes de biopsia que no fueron clasificadas clínicamente resultaron ser el 75 % tumoraciones palpebrales benignas y malignas en el 24 % (Fig.).



**Fig.** Diagnóstico histológico en los tumores palpebrales sin clasificación.

La correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico en las tumoraciones palpebrales benignas se muestra en la tabla 3. En el 65 % de los pacientes existió correlación clinicopatológica. Fue más frecuente la confirmación del diagnóstico presuntivo del xantelasma con el 100 %, seguido de chalazion, queratoacantoma, angioma e hidrocistoma con el 81 %. El nevus amelanótico presentó el 77 %.

**Tabla 3.** Correspondencia clinicopatológica en tumoraciones palpebrales benignas

Tumores benignos	Diagnóstico presuntivo No.	Confirmación histológica	
		No.	%
Xantelasma	6	6	100
Nevus amelanótico	22	17	77
Quiste de inclusión	20	15	75
Hidrocistoma	16	13	81
Queratosis seborreica	10	7	70
Verruga vulgar	33	21	63
Quiste sebáceo	11	1	9
Papiloma	6	2	33
Queratoacantoma	1	1	100
Quiste de meibomio	3	-	-
Cuerno cutáneo	8	4	50
Angioma	1	1	100
Chalazion	3	3	100
Quiste dermoide	1	-	-
Molusco contagioso	2	2	100
Total	143	93	65

En el 71 % de los pacientes se confirmó por histología el diagnóstico clínico de las tumoraciones malignas. El mayor porcentaje lo presentó el carcinoma basocelular con el 72 %, como se observa en la tabla 4.

**Tabla 4.** Relación clinicopatológica en tumoraciones palpebrales malignas

Tumores malignos	Diagnóstico presuntivo No.	Confirmación histológica	
		No.	%
Carcinoma basocelular	25	18	72
Carcinoma espinocelular	3	2	66
Total	28	20	71

La localización más frecuente de las tumoraciones palpebrales malignas fue el párpado inferior con el 84 %. La tabla 5 nos muestra estos datos.

**Tabla 5.** Tumoraciones palpebrales malignas según localización de la lesión palpebral

Localización	Carcinoma basocelular		Carcinoma espinocelular		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Párpado superior	5	19	-	-	5	16
Párpado inferior	21	81	5	100	26	84
Total	26	100	5	100	31	100

La tabla 6 muestra que el 91 % de los pacientes con tumoraciones benignas requirió exéresis completa y en los tumores malignos el 65 %. En solo 11 pacientes la exéresis fue incompleta respectivamente.

**Tabla 6.** Distribución de los pacientes según calidad de la exéresis

Tipo de exéresis	Tumoraciones benignas		Tumoraciones malignas	
	No.	%	No.	%
Completa	109	91	20	65
Incompleta	11	9	11	35
Total	120	100	31	100

## DISCUSIÓN

En el estudio, el mayor número de pacientes lo presentó el grupo de edad mayor de 65 años, lo que coincide con otras investigaciones. La Dra. *Clara Gómez*, en un estudio sobre la técnica de Tenzel en tumores palpebrales malignos, encontró resultados similares.<sup>16</sup> El carcinoma basocelular es uno de los factores de riesgo más importantes. A partir de los 50 años se producen modificaciones en casi todos los componentes de la piel, como adelgazamiento cutáneo, debido a la reducción del colágeno de la dermis por disminución de los fibroblastos. Otro factor significativo es

la disminución del número de melanocitos activos de la capa basal de la epidermis, que además de favorecer el envejecimiento aumenta el riesgo de desarrollar neoplasias malignas; estos participan en la protección de la piel frente a los rayos ultravioletas del sol. De esta misma forma, también disminuye el número de células de Langerhans, lo que reduce la capacidad inmunológica de la piel.<sup>5,17</sup>

En relación con el sexo, el resultado difiere de los reportados por otros autores, quienes plantean mayor afectación del sexo masculino. En este estudio predominó el sexo femenino. Consideramos que puede guardar relación con que las féminas muestran mayor preocupación por su aspecto y solicitan más atención médica en este sentido. En los últimos años hay mayor incorporación de la mujer a labores con exposición indiscriminada al sol y, al mismo tiempo, la moda del bronceado se ha generalizado.<sup>16,17</sup>

En cuanto al color de la piel, la mayoría de los pacientes presentaban piel blanca. El resultado de la serie coincide con todas las consultadas en la literatura. De hecho, la piel blanca constituye un factor de riesgo muy importante en estas afecciones, fundamentalmente en los tumores malignos, lo que está relacionado con la disminución del número de melanocitos y la disminución de las células Langerhans; estas últimas, además favorecen el envejecimiento y aumentan el riesgo de desarrollar neoplasias malignas; de ahí que la piel negra sea más resistente por presentar mayor número de melanocitos y es menos propensa a desarrollar afecciones malignas.<sup>5,16,17</sup>

Es válido señalar que en 25 solicitudes aparecía como impresión diagnóstica "tumoración de párpado", situación que conspira contra los resultados del estudio. Los tumores palpebrales representan un grupo heterogéneo de entidades, que para el cirujano pueden ofrecer dificultades diagnósticas, por lo que constituyen un desafío en su reconocimiento y, de esta forma, obstaculizan la diferenciación histológica. Una buena descripción de la lesión con un diagnóstico presuntivo de esta constituye una herramienta muy importante para su diagnóstico certero.<sup>15-17</sup>

La información que aporta el modelo de solicitud de biopsia es muy valiosa para el diagnóstico, teniendo en cuenta que el patólogo solo conoce del paciente lo que el cirujano le refiere; de ahí la importancia de los datos clínicos haciendo referencia a la presencia de otras tumoraciones primarias, tratamientos previos y, de existir examen histológico anterior, adjuntarlo siempre que sea posible, con lo que se puede aumentar la correlación clinicoanatomopatológica de los tumores palpebrales luego de su exéresis.

Al abordar la relación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico en las tumoraciones palpebrales, se confirmó el diagnóstico presuntivo en la totalidad de xantelasma, angioma, y queratoacantoma; este último considerado actualmente por muchos autores como una lesión maligna. En el caso de hidrocistoma, verrugas, nevus amelanótico y el quiste de inclusión, el diagnóstico clínico coincidió con el anatomopatológico en más de la mitad de los pacientes.

El párpado inferior mostró mayor afectación con el 84 %. La cifra se corresponde con el CBC, y es esta la localización más frecuente, lo que coincide con la literatura revisada<sup>3,9,16</sup>

De 196 pacientes, solamente en 22 se comprobó exéresis incompleta. Este resultado puede estar relacionado con la precaución extrema que tienen los cirujanos en el momento de la exéresis, teniendo en cuenta el riesgo que representa una reintervención quirúrgica desde el punto de vista estético y funcional. Numerosos autores aconsejan extirpar entre 3 y 5 mm de tejido sano alrededor del lecho tumoral

para evitar recidivas. En este caso, se han experimentado altas tasas de curación de 95-98 % según las series revisadas. Debe considerarse que este margen es un dato clínico, tanto en superficie como en profundidad; de ahí la necesidad de realizar maniobras delicadas en el momento de la exéresis para evitar la diseminación de las células tumorales y los procesos metastásicos.<sup>17-20</sup>

En conclusión, existe correspondencia entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico de las tumoraciones palpebrales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eguía Martínez F, Ríos Torres M, Capote Cabrera A. Manual de diagnóstico y tratamiento en Oftalmología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. p. 83-92.
2. Peñate Santana H, Medina Rivero F, Calero Carballo D, Rutllan Civit J, Rivero Vera JC, García Delpech S. Tumores palpebrales: localización y estirpe. Estudio de 84 casos. Ann Oftalmol. 2011; 19(1):33-8.
3. Rodríguez Castellanos MA, Aceves Villalvazo MA, Hernández Torres M. Estudio clínico-epidemiológico de tumores en los párpados. Estudio retrospectivo de cinco años. Dermatol Rev Mex. 2011; 55(2):63-8.
4. Kanski JJ. Clinical Ophthalmology. Madrid: Elsevier; 2007.
5. Gorka Martínez G, Álvarez López A. Envejecimiento facial: un proceso de cambio evolutivo. En: Toledo Nicolás F. Cirugía palpebral y periocular. Madrid: Sociedad española de Oftalmología; 2009. p. 279-300.
6. Ainbinder DJ, Bita E, Groo SC, Finger PT, Brooks JP. Introduction of the 7<sup>th</sup> edition Eyelid carcinoma Classification System From the American Joint Committee on Cancer-International Union Against Cancer staging Manual. Archives of Pathology & Laboratory Medicine; 2009; 133: (8): 1256-61.
7. Mehta M, Fay A. Squamous cell carcinoma of the eyelid and conjunctiva. Internat Ophthalmol Clin. 2009; 49(1): 111-21.
8. Ministerio de Salud Pública. Anuario Demográfico de Cuba [Internet]. 2007 [citado 20 de enero de 2008]. Disponible en: [http://www.one.cu/publicaciones/cepde/anuario\\_2007/anuario\\_capitulo\\_poblacion.pdf](http://www.one.cu/publicaciones/cepde/anuario_2007/anuario_capitulo_poblacion.pdf)
9. Sanz López A, Salez Sans M. Reconstrucción palpebral de defecto de espesor total. En: Toledo Nicolás F. Cirugía palpebral y periocular. Madrid: Sociedad española de Oftalmología; 2009. p. 413-48.
10. Anasagasti Angulo L, García Vega Y, Barcelona Perez S. Treatment of advance, recurrent, resistant to previous treatments basal and squamous cell skin carcinomas with a synergistic formulation of interferons. Open, prospective study. BMC Cancer. 2009; 9: 1-12.
11. Zappi E. Dermatopatología. Clasificación y estudio razonado de las lesiones cutáneas. Buenos Aires: Ascune Hnos; 2007.

12. Bauman JE, Eaton K D, Martins RG. Treatment of recurrent Squamous cell carcinoma of the skin with cetuximab. Arch Dermatol. 2007;143(7):889-92.
13. Bengoa González A. Reconstrucción de defectos de espesor parcial y de la lámina anterior del párpado y perioculares. En : Toledano Fernández N. Cirugía palpebral y periorcular. Madrid: Sociedad española de Oftalmología; 2009. p. 431-48.
14. Hamada S, Kersey T, Thaller VT. Eyelid basal cell carcinoma: non-Mohs excision, repair, and outcome. Br J Ophthalmol. 2005;89(8):992-4.
15. Toledano Fernández N. Cirugía palpebral y periorcular. Madrid: Sociedad española de Oftalmología; 2009.
16. Gómez Cabrera C, Martínez N, Falcón I, Herrera M. Técnica de Tenzel en cirugía reconstructiva de los tumores malignos palpebrales. Rev Cubana Oftalmol. 2001;14(2):97-102.
17. Chen C, Yang L. Aumentan casos de cáncer de piel desarrollados en el párpado [monografía en Internet]. 2009 [citado 24 diciembre 2011]. Disponible en: [http://www.nacion.com/ln\\_ee/2009/julio/08/aldea2019044.html](http://www.nacion.com/ln_ee/2009/julio/08/aldea2019044.html)
18. Narayanan K, Hadid OH, Barnes EA. Cirugía micrográfica de Mohs *versus* escisión quirúrgica para el carcinoma basocelular periorcular (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus. Oxford: Update Software Ltd [Internet]. 2009 [citado 24 diciembre 2011]; (3). Disponible en: <http://www.update-software.com>
19. Aliseda D, Vázquez J, Idoate M. Cirugía micrográfica de Mohs en tumores periorbitarios. Studium [Internet]. 1997 [citado 24 dic 2011]; (3). Disponible en: <http://www.oftalmo.com/studium/studium1997/stud97-3/c-03.htm>
20. García Martín E, Fernández Tirado FJ. Tendencias en el tratamiento de los carcinomas basocelulares periorculares. Arch Soc Esp Oftalmol. 2010;85(8):261-2.

Recibido: 29 de junio de 2012.

Aprobado: 04 de octubre de 2013.

Dra. *Irene Rojas Rondón*. Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer".  
Ave. 76 No. 3104 entre 31 y 41 Marianao, La Habana, Cuba. Correo electrónico:  
[irojas@infomed.sld.cu](mailto:irojas@infomed.sld.cu)