

Tumores palpebrales: localización y estirpe.

Estudio de 84 casos

Resumen

Objetivo: Determinar el tipo de lesiones tumorales palpebrales que más frecuentemente se extirpan en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín atendiendo a su clasificación anatomopatológica y localización anatómica. **Método:** Revisión de informes de anatomía patológica e historias clínicas de las lesiones palpebrales extirpadas durante el 2006-2007 en el hospital Dr. Negrín.

Resultados: Se recogen un total de 84 lesiones. Las mujeres supusieron un 60,24% de los pacientes y la edad media fue de 58,54 años. Las lesiones benignas fueron mayoritarias suponiendo un 80,72%. La lesión maligna más frecuente fue el carcinoma basocelular. La predilección por el borde palpebral siguió la siguiente distribución: tercio externo, tercio medio y en último lugar tercio interno. La correlación entre el diagnóstico clínico y el histopatológico rozó el 50%.

Conclusión: La aparición de lesiones palpebrales tiene predilección por el sexo femenino y la edad de presentación es mayor para los tumores malignos. Su distribución por tercios palpebrales no sigue un patrón definido. Existe una buena correlación clínico-histopatológica en el caso de las lesiones benignas en nuestro servicio, aunque debemos ser más agresivos quirúrgicamente en el caso de lesiones sospechosas de malignidad.

Resum

Objectiu: Determinar el tipus de lesions tumorals palpebrals que més freqüentment s'extirpen a l'Hospital Universitari de Gran Canaria Dr. Negrín atenent a la seva classificació anatomopatològica i a la seva localització anatómica. **Mètode:** Revisió d'informes d'anatomia patològica i històries clíniques de les lesions palpebrals extirpades durant el 2006-2007 a l'hospital Dr. Negrín.

Resultats: Es recullen un total de 84 lesions. Les dones van suposar un 60,24% dels pacients i l'edat mitja va ser de 58,54 anys. Les lesions benignes van ser majoritàries suposant un 80,72%. La lesió maligna més freqüent va ser el carcinoma basocel·lular. La predilecció pel marge palpebral va seguir la següent distribució: terç extern, terç mitjà i, en últim lloc, terç intern. La correlació entre el diagnòstic clínic i l'histopatològic va fregar el 50%.

Conclusió: L'aparició de lesions palpebrals té predilecció pel sexe femení i l'edat de presentació és major pels tumors malignes. La seva distribució per terços palpebrals no segueix un patró definit. Existeix una bona correlació clínico-histopatològica en el cas de les lesions benignes al nostre servei, encara que hem de ser més agressius quirúrgicament en el cas de lesions sospitoses de malignitat.

Summary

Objective: To determine the most frequent type of eyelid tumors surgically removed at the Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín based on its histopathological classification and anatomical localization.

Methods: Histopathological reports and patient's charts of those eyelid tumors that were removed between 2006-2007 at the Hospital Dr. Negrín were revised.

Results: Eighty four cases were studied, 60.24% of which were females and the mean age was 58.54 years old. Most of the tumors were benign (80.72%) and the most frequent malignant tumor was basal cell carcinoma. The most frequent site of eyelid border involvement was external one-third, followed by middle one-third and internal one-third was the least affected. The clinical diagnosis had an almost 50% correlation with the histopathological diagnosis.

Conclusion: Eyelid tumors are more frequent in females. At the time of diagnosis, patients with malignant tumor are older than those with benign one. The site of eyelid involvement does not have a definite pattern. At our Center, there is a good correlation between clinical and histopathological diagnosis in cases of benign tumors although we should be surgically more aggressive in cases of suspected malignant ones.

H. Peñate-Santana¹
F. Medina-Rivero²
D. Calero-Carballo¹
J. Rutllan Civit²
JC. Rivero-Vera³
S. Garcia-Delpech⁴

¹Licenciada en Medicina
Servicio de Oftalmología
del Hosp. Universitario
de Gran Canaria

Dr. Negrín

²Doctor en Medicina
Servicio de Oftalmología
del Hosp. Universitario
de Gran Canaria

Dr. Negrín

³Licenciado en Medicina
Servicio de Anatomía
Patológica del Hospital
Universitario de Gran
Canaria Dr. Negrín

⁴Doctor en Medicina
Adjunto Hospital
Universitario la Fe
Universidad Católica
de Valencia

Correspondencia:
Haridián Peñate Santana
Barranco de la Ballena, s/n
35010 Las Palmas
de Gran Canaria
E-mail:
haridian69@gmail.com

Introducción

Los tumores palpebrales suponen la mayor parte de las consultas oftalmológicas en la Sección de Oculoplástica. Es importante diferenciar entre lesiones benignas y malignas a la hora de priorizar el tratamiento y, en el caso de extirpación quirúrgica, a la hora de determinar los márgenes de resección o incluso la técnica quirúrgica a utilizar (curetaje, extirpación, técnica de Mohs...).

Las características de las lesiones palpebrales y el hecho de que se puedan ver afectadas por condiciones como la exposición solar puede hacer que la frecuencia de aparición y el tipo de lesiones sean diferentes según la zona geográfica. Este estudio pretende establecer parámetros sobre la frecuencia de este tipo de lesiones en nuestro medio, así como

su ubicación en el párpado, de modo que podamos establecer con más exactitud tanto el diagnóstico como el tratamiento a seguir.

Material y método

Se trata de un estudio retrospectivo en el que se recogieron los datos de 84 lesiones palpebrales extirpadas quirúrgicamente durante los años 2006 y 2007 en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín a partir de los informes de anatomía patológica y la posterior revisión de sus historias clínicas. Los datos a estudio fueron: el sexo y edad del paciente, el ojo afecto, la localización palpebral de la lesión (párpado superior o inferior), el diagnóstico clínico y el anatomopatológico, la inclusión total o parcial de la lesión, la afectación del borde libre palpebral y el tercio (interno-medio-externo) palpebral donde se encontraba. Se aplicó a los datos el programa estadístico SPSS.

Resultados

Se recogieron un total de 83 lesiones palpebrales en dos años. 33 de los pacientes fueron hombres (39,75%) y 50 mujeres (60,24%) cuya edad media fue de 58,54 años (DT±32,46). La edad media de los pacientes con lesiones malignas fue 48,12 años, y mayor, 59,34 años en los pacientes con lesiones benignas.

Con respecto a la localización de las lesiones y atendiendo a la lateralidad de las mismas, el 43,37% (36) aparecieron en ojos derechos mientras que el 47% (39) lo hicieron en ojos izquierdos. La afectación palpebral fue del párpado inferior en el 50% (41) y del párpado superior en el 42,16% (35) mientras que un 7,8% no fueron recogidas en la historia. El 19,27% (16) de las lesiones estaban localizadas en borde libre, 25,3% (21) en el tercio palpebral externo, 16,86% (14) en el tercio palpebral interno y 20,5% (17) en el tercio medio. La localización fue múltiple en 7,22% de los ojos mientras que un 21,68% no tuvieron especificada su localización (Figura 1).

El 78,3% (65) de las lesiones estaban totalmente incluidas en la escisión quirúrgica; de éstas, el 3,07% eran lesiones malignas. Sin embargo 5 lesiones malignas no fueron extirpadas en su totalidad en el momento de la escisión quirúrgica, lo que supone el 27,7% de las lesiones no incluidas totalmente.

Figura 1.
Localización de la lesión palpebral

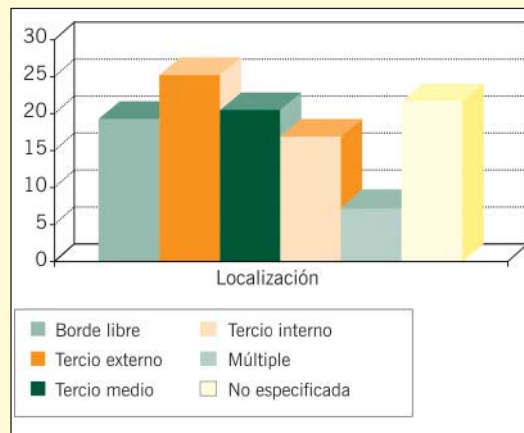


Tabla 1.
Correlación de las lesiones entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico histopatológico

Lesión palpebral	Tipo	Número	Porcentaje
Ca. Basocelular	Maligna	3	4%
Ca. Epidermoide	Maligna	2	3,61%
Adenocarcinoma	Maligna	1	1,2%
Queratosis seborreica	Benigna	14	16,86%
Nevus	Benigna	12	14,45%
Papiloma	Benigna	11	13,25%
Chalazion		8	9,63%
Fibroma blando	Benigna	6	7,22%
Hidrocistoma	Benigna	6	7,22%
Quiste	Benigna	5	6,02%
Molusco contagioso	Benigna	2	2,4%
Xantelasma	Benigna	2	2,4%
Pólipo	Benigna	1	1,2%
Otros	Maligna-Benigna	10	12%

El 48,2% de los diagnósticos clínicos coincidieron con la confirmación anatomopatológica, y de ellos, ninguno correspondió a lesiones malignas (Tabla 1).

La distribución de las lesiones según la anatomía patológica se refleja en la Figura 2.

Las lesiones malignas supusieron un 7,22% de las cuales la más frecuente fue el carcinoma basocelular con una frecuencia de 2,4%. Las lesiones benignas fueron mayoritarias suponiendo un 80,72%, y dentro de éstas, las más frecuentes fueron las queratosis seborreicas 16,86%, seguidas de los nevus 14,45% y los papilomas 13,25% (Figura 3) (Tabla 2).

Discusión

La distribución de las lesiones palpebrales por sexos parece ser similar según algunos estudios¹. Sin embargo, en el caso específico de tumores palpebrales malignos, el 69-80% aparecen en el sexo femenino^{2,3} mientras que los benignos aparecen en un 64%⁴. En el caso de los tumores derivados de folículos pilosos la afectación es un 17% mayor en mujeres que en hombres⁵, como en nuestro caso, donde hubo un 20,5% más de afectación en mujeres que en hombres, probablemente porque éstas consultan más frecuentemente por motivos estéticos. Por tanto, a pesar de la contradicción de algunos trabajos, parece que las lesiones palpebrales en nuestro medio aparecen más frecuentemente en mujeres que en hombres.

La edad de presentación suele ser significativamente mayor en lesiones malignas que en benignas⁶. Los tumores benignos son más frecuentes a partir de la tercera década de la vida⁴ y los tumores malignos en cambio son más frecuentes a partir de la quinta década de la vida², aunque hay estudios que sitúan la edad de presentación entre los 27 y los 50 años³. En el caso específico de tumores derivados de folículos pilosos, la edad media suele rondar los 44,5 años⁵. Las queratosis seborreicas aparecen sobre los 60 años con igual relación entre varones y mujeres⁴. La edad media en nuestra muestra fue de 58,54 años (DT ± 32,46) y la edad de presentación de las lesiones malignas, a diferencia de la bibliografía consultada, fue 11 años menor que la de las lesiones benignas. Si bien este es un dato a tener en cuenta, es posible que dado el reducido número de lesiones malignas la distribución por edades de las mismas en nuestro trabajo pudiera verse sesgada.

La afectación de los tumores benignos es igual en el lado derecho que en el izquierdo⁴. En un estudio sobre tumores derivados de folículos pilosos, la afectación

del lado derecho fue superior a la del izquierdo⁵ y en otro sobre lesiones malignas el lado derecho se afectó más que el izquierdo³. En nuestro caso la afectación del lado izquierdo fue un 4% mayor que la del lado derecho.

Unos estudios recogen una igual incidencia de aparición de las lesiones palpebrales tanto en párpado superior como en inferior^{7,4}, aunque específicamente en el caso de los tumores derivados de los folículos pilosos, la localización más frecuente parece ser el párpado superior (82%) debido a la mayor concentración de folículos en esa zona⁵, y, en el caso de tumores malignos, el párpado inferior parece afectarse más que el superior^{8,3}. Los pilomatrixomas se localizan en un 48,2% en el párpado inferior^{9,10}. En el caso de las queratosis seborreicas, no existe ninguna zona anatómica del párpado con mayor predisposición a su aparición, no es frecuente la afectación del borde libre (16%) ni las recidivas (6,3%) ni tampoco la aparición de más de una lesión (16%)¹¹. Los carcinomas basocelulares son más frecuentes en el párpado superior² sin embargo en nuestro caso la afectación palpebral inferior fue más frecuente que la superior.

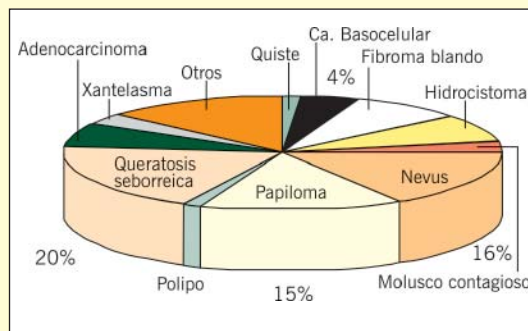


Figura 2.
Distribución de las lesiones palpebrales

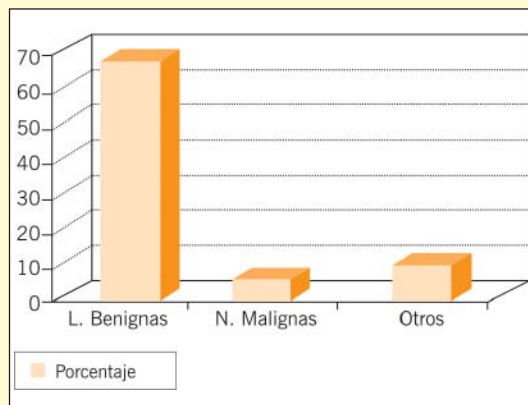


Figura 3.
Distribución de lesiones benignas y malignas

En estudios sobre tumores derivados de folículos pilosos, el tercio medio es el más afectado (53%) seguido del interno y el externo⁵. Los carcinomas basocelulares son más frecuentes en el canto interno (donde tienen una especial tendencia a invadir las estructuras subyacentes y a recidivar)⁸ aunque algunos estudios recogen una igual incidencia del tercio

medio y del externo siendo el tercio interno el menos frecuente³. En el caso de lesiones benignas el canto interno se afecta el doble que el canto externo⁴. En nuestro caso el tercio externo fue el más afectado seguido del tercio medio y del interno y en el caso específico del carcinoma basocelular no hubo una clara tendencia. La afectación del borde libre palpe-

Tabla 2.
Distribución y clasificación de las lesiones palpebrales

Diagnóstico clínico (n=84)	Correlación	Diagnóstico Histopatológico
Angioma (n=2)	50%	1 Angioma 1 hidrocistoma
Carcinoma basocelular (n=3)	33,3%	1 Carcinoma basocelular 1 Carcinoma epidermoide 1 Chalazion
Chalazion (n=10)	60%	6 Chalazion 1 Quiste epidérmico 3 miscelánea 1 Nevus
Cuerno cutáneo (n=1)	0%	1 Papiloma escamoso
Depósito amiloide (n=1)	100%	1 Depósito amiloide
Fibroma (n=1)	0%	1 quiste de millium
Granuloma postquirúrgico (n=1)	100%	1 granuloma postquirúrgico
Hidrocistoma (n=5)	80%	4 Hidrocistoma 1 Nevus
Inflamación (n=3)	0%	1 Adenocarcinoma 2 Nevus
Lesión indeterminada (n=2)	100%	1 Nevus 1 Oncocitoma
Linfoma (n=1)	0%	1 Granuloma
Nevus (n=5)	60%	3 Nevus 1 Queratosis seborreica 1 Hidrocistoma
Papiloma (n=24)	33,3%	7 Pólipos fibroepiteliales 3 Nevus 6 Queratosis seborreicas 8 Papilomas
Queratoacantoma (n=1)	0%	1 Moluscum contagiosum
Queratosis seborreica (n=2)	50%	1 Queratosis seborreica 1 Chalazion
Quistes (n=6)	50%	3 Quistes 1 Moluscum contagiosum 1 Carcinoma basocelular 1 Papiloma
Tumor (n=2)	100%	1 Melanoma 1 Carcinoma epidermoide
Verruga (n=8)	12,5%	1 Papiloma 4 Queratosis seborreica 1 Nevus 1 Carcinoma basocelular
Xantelasma (n=4)	75%	3 Xantelasma 1 Queratosis seborreica

bral aparece en $\frac{1}{4}$ de los tumores derivados de los folículos pilosos⁵. En nuestro estudio la afectación del borde libre apareció en el 19,27%. La localización múltiple fue poco frecuente.

$\frac{2}{3}$ de nuestras lesiones estaban totalmente incluidas en la escisión quirúrgica, de las cuales las lesiones malignas fueron minoría, sin embargo la mayoría de las lesiones malignas requirieron una nueva intervención para ampliar márgenes de resección. Esto nos indica que deberíamos ser menos conservadores a la hora de extirpar lesiones sospechosas de malignidad o bien deberíamos de plantear la necesidad de realizar en estos casos una cirugía con asistencia de anatomía patológica intraoperatoria como lo es la cirugía micrográfica de Mohs.

Con respecto a la distribución de tipos de tumores benignos, los papilomas son los más frecuentes en unos estudios¹ mientras que los nevus nevocelulares, los quistes (incluyendo ateromas) y las queratosis seborreicas lo son en otros^{1,4,6,7}. La mayoría de los tumores palpebrales se originan en los anejos pilosebáceos de la piel y están compuestos por quistes^{1,12} aunque, específicamente, los tumores benignos palpebrales derivados de los folículos pilosos son infrecuentes⁵. En nuestro caso la distribución de las lesiones benignas coincide con las más frecuentes de estos estudios pero con diferente orden de frecuencia, estando las queratosis seborreicas y los nevus en primer lugar seguidos de los papilomas. En el caso de los hidrocistomas, en nuestro estudio supusieron sólo un 7,31% de las lesiones y los quistes un 5% lo cual difiere de los resultados encontrados en nuestra revisión bibliográfica¹³.

Los tumores malignos suponen un 20% de las lesiones palpebrales, y de ellos, el carcinoma basocelular es el más frecuente^{1,6} (Figura 4), seguido por el carcinoma de células sebáceas, los linfomas malignos y los tumores metastáticos^{6,7}. En un estudio de 10 años de lesiones palpebrales encontraron por orden de frecuencia al epiteloma basocelular seguido del papiloma y del epiteloma espinocelular¹⁴. En nuestro caso el carcinoma basocelular fue el más frecuente como se ha descrito seguido del carcinoma epidermoide y el adenocarcinoma, aunque las lesiones malignas encontradas fueron significativamente menos.

En un estudio japonés sobre lesiones tumorales palpebrales la capacidad de acertar el diagnóstico fue del 11,1% de los carcinomas basocelulares y del 44,4% de los carcinomas sebáceos, hubo un 11,1% de errores de diagnóstico de lesiones malignas (se diagnosticaron como benignas) y un 11,1% de error de diagnóstico del tipo de tumor maligno^{6,7}.

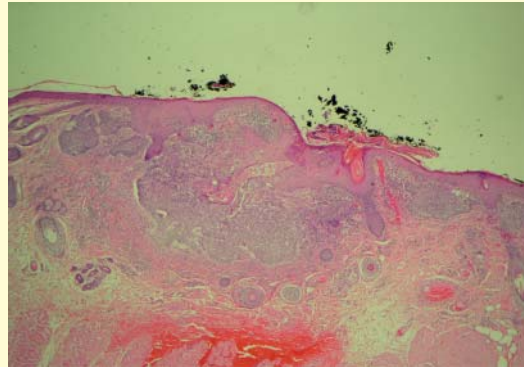


Figura 4.
Proliferación epitelial neoplásica originada en la epidermis, con características histopatológicas de carcinoma basocelular

La correlación clínico-patológica en el caso de otro estudio sobre tumores derivados de folículos pilosos fue correcta en el 35%⁵. En un tercer trabajo sobre carcinomas, el diagnóstico de presunción fue correcto en el 46% de los casos³. En nuestro caso el acierto diagnóstico fue mayor que en la bibliografía consultada, sin embargo ninguno de ellos correspondió a tumores malignos.

En cuanto al tratamiento, en algunos casos la ablación con láser puede ser apropiada¹², la crioterapia es un tratamiento efectivo y curativo en pequeños tumores malignos palpebrales². Hay que tener en cuenta que cuando la lesión se sitúa en el borde libre palpebral o la unión mucocutánea, su extirpación puede ocasionar irritación ocular con lagrimeo y descarga mucoide y la afectación visual puede presentarse a causa de la secreción excesiva o cierre anormal, por tanto, en caso de tratarse de una lesión benigna, es mejor someterla a vigilancia⁴. En nuestro caso, todas las lesiones fueron extirpadas quirúrgicamente sin crioterapia.

Conclusión

En nuestro estudio, las lesiones palpebrales tienen predilección por el sexo femenino y su edad de presentación es mayor para los tumores malignos. Su distribución por tercios palpebrales no sigue un patrón definido y la afectación del párpado inferior es más frecuente en lesiones malignas y pilomatrixomas, así como la afectación del borde libre es mayor en tumores derivados de folículos pilosos. Existe una buena correlación clínico-histopatológica en el caso de las lesiones benignas en nuestro servicio aunque habría que modificar el abordaje quirúrgico en el caso de lesiones sospechosas de malignidad.

Bibliografía

1. Hałon A, Błazejewska M, Sabri H, Rabczynski J. Tumors and tumor-like lesions of eyelids collected at Department of Pathological Anatomy, Wrocław Medical University, between 1946 and 1999. *Klin Oczna*. 2005;107(7-9):475-8.
2. Gómez Cabrera C, Martínez N, Herrera Soto M, Agramonte I. Crioterapia en pequeños tumores malignos palpebrales. *Rev Cubana Oftalmol*. 2001;14(2):125-8.
3. Mencía Gutiérrez E, Herrero Lluch MJ, Gutiérrez Díaz E, Gálvez Ruiza A. Carcinomas Palpebrales de células basales y escamosas en adultos menores de 50 años: 13 casos. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2001;76(11):643-8.
4. Tumores benignos de los párpados. Gómez Cabrera C, Herrera Soto M, Falcón Márquez I, Agramonte Centelles I. *Rev Cubana Oftalmol*. 2001;14(2):125-8.
5. Mencia Gutierrez E, Gutierrez Díaz E, Ricoy JR, Gómez Ledesma I, Monescillo J, Garcia Torre JP. Tumores palpebrales benignos derivados de los folículos pilosos en adultos. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2002;77(11):605-10.
6. Obata H, Aoki Y, Kubota S, Kanai N, Tsuru T. Incidence of benign and malignant lesions of eyelid and conjunctival tumors. *Nippon Ganka Gakkai Zasshi*. 2005;109(9):573-9.
7. Chang CH, Chang SM, Lai YH, Huang J, Su MY, Wang HZ, Liu YT. Eyelid tumors in southern Taiwan: a 5-year survey from a medical university. *Kaohsiung J. Med. Sci*. 2003;19(11):549-54.
8. González F, García A. Carcinoma basocelular periocular. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2005;80(5):275-82.
9. Chi MJ, Baek SH. Clinical analysis of benign eyelid and conjunctival tumors. *Ophthalmologica*. 2006;220(1):43-51.
10. Marback EF, Cardoso C, Moitinho LM, Marback RL. Clinicopathologic study of eyelid pilomatrixoma: the experience of the "Hospital Universitário". Prof. Edgard Santos. *Arq. Bras. Oftalmol*. 2007;70(3):501-3.
11. Villafuela Güemes IM, Mencía Gutiérrez E, Gutiérrez Díaz E, Padiño Poyato MD, García Miguel TG. Queratosis seborreica palpebral: revisión de 63 casos. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 1998;73(12):645-9.
12. Lasudry J. Palpebral tumors: clinical and diagnostic considerations. *J Fr Ophthalmol*. 2003;26(1):70-6.
13. Hidrocistoma apocrino múltiple. Terán M, Sandoval B, De la Cruz J. *Folia Dermatol*. 2003;14(1):31-2.
14. Mencía Gutiérrez E, Gutiérrez Díaz E, Gutiérrez Díaz A. Tumores palpebrales. Revisión de 133 casos. *Arch. Soc Esp Oftalmol*. 1987;LIII(6):731-6.