



**TIPIFICACIÓN DE TUMORES DE PÁRPADOS EN LA CLÍNICA  
OFTALMOLÓGICA DE CARTAGENA**

**OSCAR EDUARDO VALDELAMAR VALDELAMAR**

**UNIVERSIDAD DEL SINÚ SECCIONAL CARTAGENA  
ESCUELA DE MEDICINA  
POSTGRADOS MEDICO QUIRÚRGICOS  
ESPECIALIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA  
CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.  
2019**

**TIPIFICACIÓN DE TUMORES DE PÁRPADOS EN LA CLÍNICA  
OFTALMOLÓGICA DE CARTAGENA**

**OSCAR EDUARDO VALDELAMAR VALDELAMAR**  
**Oftalmología**

**Trabajo de Investigación para optar el Título de Especialista en Oftalmología**

**TUTORES**

**Iván Jesús Pérez Carvajal MD. Esp. Oftalmología - Oculoplastia**  
**Enrique Carlos Ramos Clason MD. Asesor Metodológico**

**UNIVERSIDAD DEL SINÚ SECCIONAL CARTAGENA**  
**ESCUELA DE MEDICINA**  
**POSTGRADOS MEDICO QUIRÚRGICOS**  
**ESPECIALIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA**  
**CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.**  
**2019**

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	5
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	6
2. JUSTIFICACIÓN .....	7
3. OBJETIVOS .....	8
3. 1. OBJETIVO GENERAL .....	8
3. 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	8
4. MARCO TEÓRICO .....	9
4. 1. EPIDEMIOLOGÍA .....	9
4.1.1 Tumores de Párpados .....	9
4.1.2 Evaluación Clínica de los Tumores De Párpados .....	9
4.1.3 Tumores de Párpados Benignos .....	10
4.1.4 Lesiones Premalignas .....	20
4.1.5 Malignidades Epiteliales Situ .....	21
4.1.6 Malignos Tumores .....	21
4.1.7 Trastornos Predisponentes Infrecuentes .....	27
4. 2. ESTADO DEL ARTE (ANTECEDENTES) .....	29
4. 7. MARCO LEGAL (ASPECTOS ÉTICOS) .....	30
5. METODOLOGÍA .....	31
5. 1. TIPO DE DISEÑO .....	31
5. 2. POBLACIÓN .....	31
5. 2. 1. Población Marco o referencia .....	31
5. 2. 2. Población de estudio .....	31
5. 2. 3. Población sujeto de estudio .....	31
5. 3. MUESTRA Y MUESTREO .....	32
5. 4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES .....	32
5. 5. TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	33

5. 5. 1. Fuentes .....	33
5. 5. 2. Fases .....	33
5. 6. TECNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	33
6. RESULTADOS.....	34
7. DISCUSIÓN .....	39
8. CONCLUSIONES.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	41
ANEXOS.....	42

## **INTRODUCCIÓN**

Los tumores de párpados son un motivo de consulta muy común en la práctica diaria de Oftalmología, pero a pesar de lo frecuente que son, es muy difícil realizar un diagnóstico preciso debido a lo similares que tienden a ser estas neoplasias.

Actualmente, en nuestro país Colombia no existen estudios epidemiológicos sobre estas patologías, por lo que durante ésta Investigación se pretende conocer la epidemiología de estas lesiones tumorales, tanto como por sus manifestaciones Clínicas como por Biopsia ayudando al Oftalmólogo a un diagnóstico más acertado y a un mejor enfoque terapéutico.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los párpados son una estructura músculomembranosa cuya función es proteger a los globos oculares mediante su cierre ayudando a hidratar la córnea y la conjuntiva con la lágrima y evita sobreexposición a los agentes externos como calor, frío, luz o polvo. Entre sus patologías se destacan los tumores palpebrales que son uno de los motivos de consulta más frecuentes en la práctica diaria del Oftalmólogo debido a que representan el 10% de neoplasias de todo el cuerpo.

Los tumores palpebrales pueden originarse tanto en la piel, como en las estructuras glandulares especializadas, los folículos pilosos o en los tejidos más profundos de los párpados causando desde alteraciones cosméticas, disfunción de la protección ocular y hasta compromiso para la vida del paciente.

Es de gran importancia saber diferenciar las formaciones benignas de las malignas, las cuales se pueden determinar en parte mediante el uso de Biomicroscopía (Lámpara de Hendidura). Los tumores benignos son los más frecuentes entre los cuales tenemos como ejemplo los quistes, la verruga viral o papiloma de células escamosas (tumor benigno más frecuente de los párpados), la queratosis seborreica, entre otros. Dentro de los tumores malignos se encuentra el carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas y carcinoma de glándulas sebáceas tienen una baja incidencia mundial que es de aproximadamente de un 15%-20%. Estos se desarrollan con mayor frecuencia en personas mayores de 40 años, de piel blanca, con exposición a luz solar, a rayos X y sustancias químicas carcinogénicas.

Existen varios estudios realizados en diversos países Latinos que buscan conocer la epidemiología de éstas neoplasias en su región, entre los cuales tenemos el estudio realizado en México por Rodríguez M, et al. (1), en España por Curutchet L. et al. (2), y en Uruguay por Martínez E, et al (3), donde estudian las características de los tumores, las formas más frecuentes de presentación y si su comportamiento es benigno o maligno.

De acuerdo a lo revisado en Colombia, no existen estadísticas acerca de la epidemiología de los tumores de párpados. Por esta razón, se busca identificar cuáles son los tumores palpebrales que más prevalecen en la clínica Oftalmológica de Cartagena, determinando si son benignos o malignos, su prevalencia en el sexo femenino y masculino, en población adulta e infantil, en que párpado es más común su presentación y en que sitio del párpado son más comunes cada uno de ellos.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

En Colombia no existen estudios contundentes relacionados a la caracterización de los tumores de párpados. Cartagena naturalmente no escapa a esta gran realidad. Aproximadamente el 70% de los pacientes con patología oftalmológica de esta ciudad son atendidos en la Clínica Oftalmológica de Cartagena, por lo que se hace necesario para los profesionales conocer cuáles son las neoplasias de párpados más frecuentes.

Este estudio pretende ser el primero en mostrar las características principales de los tumores benignos y malignos de párpados a fin de sensibilizar al personal para hacer un diagnóstico diferencial temprano e iniciar una intervención pertinente, oportuna y adecuada, lo que permitirá contribuir a disminuir la morbimortalidad por estas enfermedades e impactar en la disminución de los costos de las mismas con el uso de paraclínicos adecuados y de la aplicación de protocolos de manejos asertivos.

La realización de este estudio, también conlleva a comparar la prevalencia de estos tumores en esta región, con otros países en los cuales hay estudios como México, España y Uruguay.

Los resultados obtenidos también facilitaran el diseño o la elaboración de protocolos de manejo propios de la institución lo que contribuye también a tener una mejor formación académica y asistencial de sus estudiantes, internos y residentes en las áreas del ser, saber y saber hacer de este personal en formación.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Caracterizar epidemiológicamente los tumores de párpados que más se presentan en la Clínica Oftalmológica de Cartagena en su población durante el Período de 01 de Junio de 2017 a 31 de Mayo de 2018.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los tipos de tumores de párpados más frecuentes tanto por características Clínicas como por Biopsia.
- Conocer cuál es el tipo histológico más común de tumores de párpados, tanto benignos como malignos.
- Establecer cuales tumores de párpados son más comunes en el Sexo Masculino y en el Sexo Femenino.
- Identificar que tumores de párpados son más comunes en determinados grupos de Edades.
- Determinar cuál es la zona de localización en los párpados más común de cada uno de estos tumores.



## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1. EPIDEMIOLOGÍA**

Los párpados pueden verse afectados por un amplio espectro de lesiones benignas. En estudios que analizaron todas las lesiones de párpados sometidas a histopatología, las lesiones benignas fueron de 3 a 6 veces más frecuentes que las neoplasias malignas (4).

Muchas lesiones que afectan los párpados pueden ocurrir en cualquier superficie de la piel, pero algunas ocurren exclusivamente o con mayor frecuencia en ellos (5).

#### **4.1.1 TUMORES DE PÁRPADOS**

La patología palpebral es sumamente común. Debido a su visualización directa, tanto por parte del médico como del paciente, es frecuente causa de consulta (6).

Numerosas neoplasias cutáneas benignas y malignas pueden desarrollarse en la piel periorcular; que puede surgir de la epidermis, dermis o estructuras anexas de los párpados. A pesar de que muchas de estas lesiones pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, su apariencia y comportamiento en los párpados puede ser único debido a las características particulares de la piel del párpado y los anexos (7).

El Oftalmólogo debe conocer tanto las lesiones que predisponen a la aparición de tumores palpebrales, como las propias lesiones tumorales (6).

#### **4.1.2 EVALUACIÓN CLÍNICA DE LOS TUMORES DE PÁRPADOS**

La historia y el examen físico de las lesiones de los párpados ofrecen pistas importantes sobre la probabilidad de malignidad (7).

Los factores predisponentes en el desarrollo de cáncer de piel incluyen un historial de:

- Cáncer de piel previo.
- Exposición excesiva al sol, especialmente quemaduras solares y ampollas.
- Radioterapia previa.
- Historia de tabaquismo.
- Ascendencia celta o escandinava, con piel clara, pelo rojo y ojos azules.
- Inmunosupresión (7).

Los signos que sugieren malignidad son:

- Crecimiento lento e indoloro de una lesión.

- Ulceración, drenaje, sangrado y formación de costras.
- Cambios pigmentarios.
- Destrucción de la arquitectura normal del margen del párpado (especialmente orificios de meibomio) y pérdida de pestañas.
- Amontonados nacarados de márgenes translúcidos con ulceración central.
- Finas telangiectasias.
- Pérdida de arrugas cutáneas o vello muy fino (7).

La induración palpable que se extiende mucho más allá de los márgenes visibles evidentes sugiere infiltración tumoral en la dermis y tejido subcutáneo.

Las lesiones cercanas a los puntos lagrimales deben evaluarse por afectación de canalículos. Sondeo e irrigación puede requerirse para excluir compromiso del sistema lagrimal o para prepararse para la resección quirúrgica. Las lesiones grandes deben ser palpadas para evidenciar la fijación a tejidos o huesos más profundos.

En adición, los ganglios linfáticos regionales deben palparse para detectar metástasis en los casos de sospecha de carcinoma de células escamosas, carcinoma sebáceo, melanoma o carcinoma de células de Merkel. La extensión del tumor linfático puede producir hinchazón a lo largo de la línea de la mandíbula o en frente de la oreja. La restricción de la motilidad ocular y proptosis sugieren extensión orbital (7).

La función de los nervios craneales V y VII se evalúa para permitir detección de cualquier deficiencia que pueda indicar la diseminación tumoral perineural. La invasión perineural es una característica del carcinoma de células escamosas. Evidencia sistémica de compromiso de hígado, pulmón, hueso o neurológico, debe buscarse en casos de adenocarcinoma sebáceo o melanoma del párpado. Es importante obtener fotografías y mediciones antes del tratamiento de la lesión (7).

### **4.1.3 TUMORES DE PÁRPADOS BENIGNOS**

#### **4.1.3.1 TUMORES DE ORIGEN EPITELIAL**

##### **4.1.3.1.1 Papiloma de Células Escamosas**

El papiloma de células escamosas es un tumor epitelial benigno muy común y de aspecto clínico variable, desde lesiones de base estrecha (papiloma pedunculado, acrocordón o «fibroma péndulo»; y lesiones rosadas de base ancha (papiloma sésil) hasta lesiones hiperqueratósicas blanquecinas y filiformes parecidas a un cuerno cutáneo. La histopatología es similar en todos los tipos clínicos, que muestran proyecciones digitiformes de tejido conjuntivo fibrovascular cubierto por epitelio escamoso acantósico e hiperqueratósico de aspecto irregular. La incidencia aumenta con la edad; algunos casos se deben a infección por el virus del papiloma humano. El tratamiento suele consistir en la extirpación simple, aunque otras opciones serían la crioterapia y la ablación química o con láser (8).

##### **4.1.3.1.2 Verruga Vulgar**

También conocida como verruga viral o papiloma viral, esta lesión es un papiloma causado por una

infección por el virus del papiloma humano en la epidermis, que se propaga por contacto directo y fomites.

Los pacientes inmunocomprometidos son más susceptibles a la infección. La Verruga vulgar es más común en niños y adultos jóvenes entre 5 y 20 años. Pueden ocurrir en cualquier parte de la Piel, incluyendo los párpados. Existen dos variantes comunes: Verruca filiformis o verrugas filiformes (que incluye el subgrupo conocido como verrugas planas).

Estas lesiones comienzan como pequeñas pápulas de color canela o gris que se agrandan lentamente para elevarse como pápulas con una superficie hiperqueratósica, papilomatosa irregular. La Verruga Filiforme es la variedad más común en la cara y el párpado, y se distingue por una columna con proyecciones hiperqueratósicas.

La variedad digitada tiene varios picos de este tipo unidos en la base. Las lesiones a lo largo del margen del párpado pueden inducir una conjuntivitis papilar leve debido a la propagación de partículas de virus en la película lagrimal. Los pacientes también pueden desarrollar una queratitis punteada superficial y tener formación de pannus. También pueden ocurrir lesiones conjuntivales primarias.

La Verruga vulgaris se caracteriza por una marcada hiperqueratosis y acantosis.

La papilomatosis es prominente en la variante filiforme de la verruga vulgar. La Paraqueratosis, a menudo dispuestas como niveles verticales, se superpone a las proyecciones papilomatosas. La capa de células granulares suele ser prominente, y las células contienen grupos gruesos de gránulos queratohialinos basófilos. Los bucles capilares dilatados pueden destacar en el núcleo de las proyecciones papilares.

El diagnóstico diferencial incluye papiloma escamoso, nevus, queratosis folicular invertida, cuernos cutáneos y queratosis seborreicas.

Se recomienda la observación si no se presentan complicaciones oculares, ya que son lesiones benignas. El tratamiento, si es necesario, incluye el uso de crioterapia, agentes queratolíticos, cauterización química, electrodesecación, terapia local con antimetabolitos o escisión quirúrgica completa, la escisión incompleta puede causar múltiples recurrencias. Se aconseja precaución para evitar la propagación del virus, esto puede ocurrir al cortar el tallo de las lesiones pedunculadas o al dejar residuos (9).

#### **4.1.3.1.3 Queratosis Seborreica**

La queratosis seborreica (papiloma de células basales) es una lesión extremadamente frecuente y de crecimiento lento que puede encontrarse sobre la cara, el tronco y las extremidades de individuos ancianos en forma de una placa bien definida y de color marrón claro u oscuro, cuya superficie es friable, grasienta y verrugosa, y que parece «pegada» sobre la piel. A menudo son numerosas.

El diagnóstico diferencial incluye el carcinoma de células basales pigmentado, el nevo y el melanoma. Histopatológicamente se observa expansión del epitelio escamoso de la epidermis por proliferación de células basales, a veces con cuernos o inclusiones quísticas llenos de queratina o inclusiones quísticas. Puede tratarse mediante biopsia por afeitado (a veces escisión simple), electrocoagulación y raspado, ablación con láser, crioterapia con nitrógeno líquido o exfoliación química (8).

#### **4.1.3.1.4 Quiste De Inclusión Epidérmica**

Los quistes de inclusión epidérmicos aparecen como lesiones redondas y firmes de crecimiento lento de la dermis o tejido subcutáneo. Las lesiones de los párpados suelen ser solitarias, móviles, y

menos de 1 cm de diámetro. Estos quistes suelen surgir de implantación traumática de epidermis superficial. Los quistes pueden inflamarse con un cuerpo extraño reacción granulomatosa.

El diagnóstico se basa en el aspecto clínico y la histopatología. El diagnóstico diferencial incluye quiste dermoide, quiste pilar y neurofibroma.

Microscópicamente, el quiste está lleno de queratina y está recubierto por un epitelio escamoso estratificado queratinizado. Las estructuras anexas no están presentes en la pared del quiste. El tratamiento es una extirpación completa, preferiblemente de toda la pared quística, para prevenir la recurrencia (5).

#### **4.1.3.1.5 Quistes Epidermoides y Dermoides**

Aunque generalmente se considera en discusiones sobre lesiones orbitales, los quistes epidermoides y dermoides se incluyen aquí porque pueden aparecer como una masa de párpado. Estos quistes pueden aparecer como lesiones orbitales superficiales, subcutáneas o profundas. Ambos son coristomas que son masas no densas, firmes, que se agrandan lentamente, más comúnmente en la región lateral superior del párpado y la ceja. Las lesiones superficiales por lo general son reconocidas durante la primera infancia. Estos quistes presumiblemente ocurren como consecuencia del atrapamiento de la piel a lo largo del cierre embrionario. El apego a las suturas óseas subyacentes a menudo está presente. Las lesiones pueden extenderse posteriormente hacia la órbita.

Microscópicamente, los quistes dermoides y epidermoides están revestidos por un epitelio escamoso estratificado queratinizado. Los quistes dermoides también contienen elementos anexas en la pared del quiste, incluidos los folículos pilosos y glándulas sebáceas y ecrinas. El tratamiento es la extirpación quirúrgica completa.

Las imágenes orbitales preoperatorias están indicadas si el quiste completo no puede ser palpado o si se sospecha extensión orbital. La eliminación completa de la escisión. El potencial de ruptura de quistes, puede producir una extraña inflamación granulomatosa corporal (5).

#### **4.1.3.2 LESIONES XANTOMATOSAS**

##### **4.1.3.2.1 Xantelasmas**

Los xantelasmas son comunes, depósitos de lípidos amarillos en forma de placa que aparecen en personas de mediana edad y adultos mayores, particularmente en mujeres. La edad pico de ocurrencia es en la cuarta y quinta décadas. Los xantelasmas del párpado son los xantomas cutáneos más comunes. Ocurren más comúnmente cerca del canto interno, e involucra el párpado superior con más frecuencia que el inferior.

Aunque los xantelasmas suelen aparecer en pacientes con niveles normales de colesterol en suero, hasta el 50% de los casos están asociados con niveles elevados de lípidos en plasma o con trastornos congénitos de metabolismo de lípidos.

Los xantelasmas aparecen como placas suaves y amarillentas que aparecen típicamente en la parte medial de los párpados superiores e inferiores. Con frecuencia los cuatro párpados estarán involucrados. Aunque ellos, por lo general, no afectan la función del párpado, las lesiones grandes pueden causar una ptosis mecánica. Con poca frecuencia, estas lesiones pueden ser superadas por pequeños quistes de milia o quistes de inclusión epidérmica. Las lesiones tienden a aumentar

lentamente y unirse. Pueden extenderse hacia tejidos más profundos para involucrar al músculo orbicular.

Los xantelasmas tienen pequeños agregados de células cargadas de lípidos (macrófagos) dentro de la dermis superficial. La fibrosis está ausente o es mínima. Otras células inflamatorias están ausentes.

El diagnóstico diferencial incluye xantogranuloma necrobiótico, xantogranuloma juvenil, enfermedad de Erdheim-Chester, amiloidosis primaria, sarcoidosis, proteinosis lipóide e infiltrado linfóide atípico.

La presencia de xantelasma, particularmente en pacientes jóvenes, justifica la evaluación de los lípidos séricos. La diabetes puede causar hiperlipidemia secundaria.

El tratamiento está indicado principalmente por cuestiones cosméticas. La escisión quirúrgica es apropiada para la mayoría de las lesiones y las incisiones por lo general, se pueden colocar en líneas de pliegue adecuadas para la blefaroplastia cosmética. Para lesiones grandes o en pacientes más jóvenes donde no hay suficiente laxitud de la piel para extirpar completamente la lesión, la ablación con Láser CO<sub>2</sub> o de Argón se puede utilizar. Sin embargo, el tratamiento con láser puede causar cicatrización y contracción de la piel, resultando en ectropión. La cauterización química utilizando ácido tricloroacético (TCA) al 100% precipita y coagula las proteínas y disuelve los lípidos, y puede ser eficaz en el tratamiento de grandes lesiones con cicatrización mínima. La crioterapia también puede ser efectiva pero puede requerir tratamiento repetido y puede causar cicatrización e hipopigmentación. Las recurrencias son comunes independientemente del método de tratamiento (9).

#### **4.1.3.3 LESIONES PIGMENTADAS BENIGNAS**

##### **4.1.3.3.1 Efélides o Pecas**

Las efélides o pecas son pequeñas máculas marrones (generalmente entre 1 y 5 mm) debidas a un aumento de melanina en la capa basal de la epidermis, típicamente en piel expuesta al sol; su número varía según el grado de exposición al sol, y a veces pueden desaparecer por completo. Histopatológicamente, muestran hiperpigmentación de la capa basal de la epidermis, con una población normal de melanocitos (8).

##### **4.1.3.3.2 Lentigo Simple**

Los lentigos simples son manchas planas y pigmentadas que tienen un diámetro mayor que las efélides. Ocurriendo durante toda la vida, el lentigo simple no está relacionado con la exposición al sol. Lentigo simple difiere de una peca en que la cantidad de melanocitos epidérmicos aumenta, y que la melanina se encuentra en queratinocitos basales adyacentes. Las lesiones individuales están uniformemente pigmentadas y miden unos pocos milímetros de diámetro.

Los lentigos de párpados pueden estar asociados con el síndrome de Peutz-Jeghers (poliposis autosómica dominante de tracto intestinal). No es necesario ningún tratamiento para el lentigo simple. Las preparaciones blanqueadoras de melanina pueden lograr una mejoría cosmética (7).

##### **4.1.3.3.3 Lentigo Solar**

Múltiples lentigos solares pueden ocurrir en personas mayores, en cuyo caso se les llama lentigo senil.

La exposición crónica al sol produce máculas pigmentadas con un mayor número de melanocitos. Los Lentigos Solares son uniformemente hiperpigmentados y algo más grandes que los lentigos simples. El dorso de las manos y la frente son las áreas más frecuentemente afectadas. No es necesario ningún tratamiento, pero se recomienda protección solar. Preparaciones blanqueadoras de melanina, tratamiento con luz pulsada intensa o la crioterapia puede ayudar a atenuar la pigmentación de los lentigos solares (7).

#### **4.1.3.3.4 Nevo Azúl**

Los nevos azúles son lesiones azul oscuro, ligeramente elevadas que pueden ser congénitas o se pueden desarrollar durante la infancia. Surgen de una proliferación localizada de melanocitos dérmicos. Las lesiones en forma de cúpula debajo de la epidermis son generalmente de 10 mm o menos de diámetro. Aunque el potencial maligno es extremadamente bajo, estas lesiones generalmente se extirpan (7).

#### **4.1.3.3.5 Melanocitosis Dérmica**

En 1939 Ota y Tanino describen en 26 pacientes japoneses el nevus fusco-ceruleus opthalmomaxillaris (melanosis oculodérmica o nevo de Ota), pigmentación de origen congénito, aparición temprana o tardía ("adquirido"), que compromete el ojo y la piel en el trayecto del nervio trigémino y sus ramas oftálmica y maxilar (10). Éste nevo azul difuso de la piel periocular afecta con mayor frecuencia a personas de ascendencia africana, hispana o asiática, especialmente mujeres. Los melanocitos dérmicos proliferan en la región del primer y segundo dermatomas del nervio craneal V. La piel del párpado es difusa de color marrón, Gris o azul, y la pigmentación puede extenderse a la frente adyacente. Aproximadamente el 5% de los casos son bilaterales. Cuando aparece una pigmentación parche gris pizarra en la epiesclera y la úvea, como ocurre en dos tercios de los pacientes afectados, la afección se conoce como melanocitosis oculodérmica. A pesar de que puede ocurrir una transformación maligna, especialmente en pacientes blancos, no se requiere tratamiento profiláctico recomendado. Aproximadamente el 0,25% de los pacientes con melanocitosis oculodérmica desarrollan un melanoma uveal. Una preocupación adicional es que el 10% de los pacientes con melanocitosis oculodérmica también tienen glaucoma y pigmentación de la malla trabecular; por lo tanto, estos pacientes deben ser monitoreados para glaucoma (7).

#### **4.1.3.3.6 Nevo Melanocítico Congénito**

Los nevos congénitos son infrecuentes, y su aspecto histopatológico se parece al de los nevos adquiridos. Suelen ser pequeños y de color uniforme. Hay variantes raras como el nevo «en beso» o escindido, que afecta a los párpados superior e inferior y en ocasiones puede contener abundantes pelos, o el «nevo peludo gigante», una gran lesión que cubre un área extensa del cuerpo. Las lesiones grandes tienen potencial de transformación maligna (hasta el 15% de casos). El tratamiento, en caso necesario, consiste en la escisión quirúrgica completa (8).

#### **4.1.3.3.7 Nevo Melanocítico Adquirido**

El aspecto clínico y el potencial de transformación maligna de los nevos dependen de su localización histológica dentro de la piel.

- **El nevo de la unión** se observa en individuos jóvenes en forma de mácula o placa de color marrón uniforme. Las células névicas se localizan en la unión de la epidermis y la dermis y poseen bajo potencial de transformación maligna (8).

- **El nevo compuesto** aparece en la mediana edad como una lesión papular sobreelevada. El grado de pigmentación varía desde pardo claro hasta marrón oscuro, aunque tiende a ser relativamente uniforme en toda la lesión. Las células névicas se extienden desde la epidermis hasta la dermis. Tiene escaso riesgo de malignización dependiente de su componente de la unión (8).

- **El nevo intradérmico**, que es el más común, se encuentra típicamente en pacientes ancianos. Es una lesión papilomatosa con poca o ninguna pigmentación. Histológicamente, las células névicas están confinadas en la dermis y prácticamente no tienen potencial maligno (8).

- **Entre las variantes de nevo**, se encuentran los nevos con células en globo, los nevos con halo, los nevos de Spitz (melanomas juveniles) y los nevos displásicos (molos atípicos). Múltiples nevos displásicos constituyen el síndrome del nevo displásico (síndrome de mola atípica [SMA]) Los individuos con SMA tienen mayor riesgo de desarrollar nevos conjuntivales y uveales, así como melanomas de piel, conjuntiva y úvea (8).

Puede estar indicado el tratamiento por estética o por dudas sobre una posible malignidad. La escisión debe ser completa en la mayoría de los casos, con un margen mínimo de 3 mm si existe sospecha fundada de melanoma (8).

#### **4.1.3.4 TUMORES BENIGNOS DE ANEXOS**

El término anexos se refiere a apéndices de la piel que se encuentran dentro de la dermis pero que se comunican a través de la epidermis a la superficie. Incluyen las glándulas sebáceas, las glándulas sudoríparas y los folículos capilares.

Los párpados contienen tanto las pestañas especializadas como los vellos normales que se encuentran en la piel a lo largo de todo el cuerpo (7).

Las Glándulas Sebáceas anexiales perioculares incluyen:

- Las Glándulas de Meibomio dentro de la placa tarsal
- Las Glándulas de Zeis asociadas con folículos de pestañas
- Glándulas Sebáceas normales que están presentes como parte de las unidades pilosebáceas en el vello de la piel (7).

Las Glándulas Sudoríparas en la región periorcular incluyen:

- Las glándulas sudoríparas ecrinas, que tienen una distribución general en todo el cuerpo y son responsables de la regulación térmica,
- Las glándulas ecrinas con secreción apocrina (las glándulas de Moll), que están asociadas con el margen del párpado (7).

#### **4.1.3.4.1 TUMORES DE ORIGEN EN LAS GLÁNDULAS SEBÁCEAS**

#### **4.1.3.4.1.1 Hiperplasia Sebácea**

La hiperplasia de las glándulas sebáceas se presenta en forma de múltiples pápulas amarillas pequeñas que pueden tener umbilicación central. Tienden a ocurrir en la frente y las mejillas y son comunes en pacientes mayores de 40 años. Estas lesiones a veces se pueden confundir con el carcinoma de células basales debido a su tendencia a tener umbilicación central y telangiectasias finas. Pacientes con múltiples adquiridos adenomas de glándulas sebáceas, hiperplasia adenomatosa sebácea o carcinomas de células basales con diferenciación sebácea tiene una mayor incidencia de malignidad visceral (síndrome de Muir-Torre) y debe ser evaluado en consecuencia (7).

#### **4.1.3.4.1.2 Adenoma Sebáceo**

Este raro tumor aparece como una pápula amarillenta en la cara, el cuero cabelludo o el tronco y puede imitar un carcinoma de células basales o queratosis seborreica (7).

#### **4.1.3.4.1.3 Milia**

Las milias se forman como lesiones múltiples, firmes y blancas, que van desde 1 hasta 4 mm de diámetro. Generalmente aparecen en la cara y comúnmente afecta los párpados, la nariz y la región malar. Pueden ocurrir de forma espontánea o secundaria por traumatismo, radioterapia, infección en la piel, o enfermedades ampollosas. La oclusión de unidades pilosebáceas se cree es debida a la retención de queratina. La Histopatología revela un folículo piloso dilatado y lleno de queratina, con compresión y atrofia de las glándulas sebáceas adyacentes. El tratamiento incluye simple Incisión, electrodesecación de la superficie, o punción y expresión de los contenidos (5).

### **4.1.3.4.2 TUMORES DE ORIGEN DE GLÁNDULAS SUDORÍPARAS ECRINAS**

#### **4.1.3.4.2.1 Hidrocistoma Ecrino**

Los hidrocistomas ecrinos son lesiones quísticas comunes de 1-3 mm de diámetro que ocurren en grupos y tienden a agruparse alrededor de los párpados inferiores, cantos y cara. Se les considera quistes de retención ductal, y a menudo se agrandan en condiciones tales como el calor y el aumento de la humedad, que estimulan la transpiración. El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica (7).

#### **4.1.3.4.2.2 Siringoma**

Son tumores ecrinos benignos de la glándula sudorípara que se encuentran comúnmente en mujeres jóvenes, se presentan como múltiples nódulos pequeños, serosos y elevados de 1-2 mm de diámetro en los párpados inferiores.

Los siringomas también se pueden encontrar en la región axilar y esternal. Se vuelven más evidentes durante la pubertad.



Debido a que las glándulas ecquinas se encuentran dentro de la dermis, estas lesiones son demasiado profundas y la extracción requiere una escisión quirúrgica completa (7).

#### **4.1.3.4.2.3 Adenoma Pleomórfico**

Este raro tumor benigno se produce con mayor frecuencia en la región de cabeza y cuello y puede involucrar los párpados. Histológicamente, el tumor es idéntico al adenoma pleomórfico de las glándulas salivales y lagrimales. El tratamiento es una escisión quirúrgica completa en el tiempo de la exploración primaria (7).

### **4.1.3.4.3 TUMORES DE ORIGEN DE GLÁNDULAS SUDORÍPARAS APOCRINAS**

#### **4.1.3.4.3.1 Hidrocistoma Apocrino**

Es un quiste liso solitario muy común que surge de las glándulas de Moll a lo largo del margen del párpado, el hidrocistoma apocrino se considera un adenoma de las células secretoras de Moll en lugar de un quiste de retención. Estas lesiones suelen ser translúcidas o azuladas. Pueden ser múltiples y a menudo se extienden profundamente debajo de la superficie, especialmente en regiones cantales. El tratamiento para los quistes superficiales es marsupialización. Los quistes profundos requieren una escisión completa de la pared del quiste (7).

#### **4.1.3.4.3.2 Cilindroma**

Los Cilindromas son tumores raros que pueden ser solitarios o múltiples y pueden ser predominantemente heredados. Las lesiones son nódulos lisos, de color carne, de diferentes tamaños que tienden a afectar el cuero cabelludo y la cara. Pueden ocurrir tan profusamente en el cuero cabelludo que el cuero cabelludo está completamente cubierto con lesiones, en cuyo caso se llaman tumores de turbante. El tratamiento es una escisión quirúrgica, pero puede resultar difícil si hay múltiples lesiones en una gran área de superficie (7).

### **4.1.3.4.4 TUMORES DE ORIGEN EN EL FOLÍCULO PILOSO**

#### **4.1.3.4.4.1 Pilomatricoma**

El pilomatricoma (epitelioma calcificante de Malherbe) deriva de células de la matriz germinal del bulbo del pelo y es la proliferación del folículo piloso más frecuentemente vista por los oftalmólogos. Afecta a niños y adultos jóvenes, siendo más habitual en mujeres. Clínicamente se presenta como un nódulo dérmico móvil y de color púrpura que puede tener consistencia dura por calcificación. Histopatológicamente, muestra islotes epiteliales irregulares que contienen células basófilas viables en su periferia y células «en sombra» degeneradas de manera más central. A menudo hay calcificación y es frecuente una reacción de cuerpo extraño con células gigantes. El tratamiento consiste en la escisión. Es rara la malignización. Otras proliferaciones más raras del folículo piloso serían el tricoepitelioma, el tricofoliculoma, y el triquilemoma (8).

#### **4.1.3.4.4.2 Tricoepitelioma**

Estas lesiones son pequeñas pápulas de color carne con telangiectasias ocasionales que pueden ocurrir en los párpados o en la frente. Histológicamente, los tricoepiteliomas aparecen como islas basaloides y quistes de queratina con estructuras inmaduras del folículo capilar. Si la queratina es abundante, estas lesiones pueden clínicamente asemejarse a un quiste de inclusión epidérmica. La imagen histológica individual puede ser difícil de diferenciar de la del carcinoma de células basales. La escisión simple es curativa (7).

#### **4.1.3.4.4.3 Tricofoliculoma**

El tricofoliculoma es una lesión hamartomatosa bastante bien diferenciada, generalmente aparece como un nódulo asintomático, solitario, color carne, durante la edad adulta en la cara o cuero cabelludo. Una umbilicación central suele estar resente, que es la apertura de un folículo lleno de queratina. Pequeños pelos blancos pueden sobresalir del poro central y son sugerentes del diagnóstico. La lesión puede confundirse clínicamente con un quiste pilar o nevus. La histopatología revela un folículo dilatado, lleno de queratina y tallos del cabello, y revestidos por epitelio escamoso estratificado que continua con la epidermis. La escisión quirúrgica es curativa (5).

#### **4.1.3.4.4.4 Triquilemoma**

El triquilemoma es un tumor que surge de la vaina externa del cabello. La lesión solitaria generalmente aparece durante la adultez asintomática.

La lesión es de color carne, nodular o papilomatosa. La nariz es el sitio más común de ocurrencia, seguido del párpado y la ceja. La lesión puede aparecer como un cuerno cutáneo o puede parecerse a una verruga vulgar.

Los triquilemomas múltiples son un marcador de la enfermedad de Cowden, o síndrome de hamartoma múltiple, una rara genodermatosis hereditaria autosómica dominante. Además de los triquilemomas faciales, los pacientes pueden desarrollar queratosis acral y papilomas orales. Los pacientes tienen mayor riesgo de desarrollar carcinoma de mama y tiroides, así como Hamartomas múltiples. Las lesiones mucocutáneas suelen preceder a la inicio de malignidad.

Microscópicamente, proliferan las células ricas en glucógeno con citoplasma claro en los lóbulos, con empalme periférico y una membrana basal distinta. Los folículos pilosos pueden estar presentes. El tratamiento es la extirpación quirúrgica. Criocirugía, o láser (5).

### **4.1.3.5 TUMORES DE ORIGEN VASCULAR**

#### **4.1.3.5.1 Hemangioma capilar**

El hemangioma capilar (nevo en fresa) es uno de los tumores más frecuentes de la primera infancia, siendo tres veces más habitual en niños que en niñas. Se presenta poco después del nacimiento como una lesión unilateral y sobreelevada de color rojo intenso, normalmente en el párpado

superior; si la lesión es más profunda tiene un tono purpúreo. A menudo se asocia a ptosis. La lesión se blanquea con la presión y puede hincharse con el llanto. Puede presentar extensión a la órbita. En ocasiones la lesión puede afectar a la piel de la cara, y algunos pacientes presentan nevos en fresa en otras partes del cuerpo. Histopatológicamente, muestra proliferación de canales vasculares de diferentes tamaños en la dermis y el tejido subcutáneo. Es importante conocer la asociación entre múltiples lesiones cutáneas y hemangiomas viscerales, y considerar una evaluación sistémica en casos seleccionados (7).

#### **4.1.3.5.2 Hemangioma plano**

El hemangioma plano (mancha en vino de Oporto, nevus flammeus) es una malformación vascular congénita de la dermis superficial, formada histopatológicamente por espacios vasculares de diverso calibre separados por finos tabiques fibrosos.

Alrededor del 10% de casos se asocian a afectación ocular o del sistema nervioso central (SNC), como el síndrome de Sturge-Weber.

El hemangioma plano se manifiesta clínicamente como un parche blando bien delimitado que no se blanquea con la presión y se localiza casi siempre en la cara. Suele ser unilateral, y tiende a ocupar el área cutánea inervada por una o más divisiones del trigémino. Con la edad se oscurece a un tono rojo o púrpura, y a menudo se asocia a hipertrofia de partes blandas.

Puede producirse sangrado por lobulaciones focales sobre la lesión (granulomas piógenos).

El tratamiento con láser (p. ej., láser de colorante pulsado) es eficaz para disminuir la coloración cutánea; suelen obtenerse mejores resultados estéticos con un tratamiento precoz. Son prometedores nuevos tratamientos tópicos como el imiquimod y la rapamicina, aislados o asociados a láser coadyuvante. En un reducido número de casos se lleva a cabo la reducción quirúrgica de partes blandas. La detección precoz del glaucoma debe iniciarse en la primera infancia.

En algunos pacientes debe valorarse un estudio sistémico, sobre todo cuando hay una lesión en la zona lumbar (7).

#### **4.1.3.5.3 Síndrome de Sturge-Weber**

El síndrome de Sturge-Weber (angiomatosis encefalotrigeminal) es una facomatosis congénita esporádica.

- **Hemangioma plano**, que se extiende por el área correspondiente a la distribución de una o más ramas del nervio trigémino (7).
- **El hemangioma leptomeníngeo**, que afecta a la región parietal u occipital ipsolateral puede causar epilepsia focal o generalizada, hemiparesia o hemianopsia contralaterales (7).
- Los hallazgos oculares pueden incluir glaucoma, hemangioma epiescleral, heterocromía de iris y hemangioma coroideo difuso (7).

#### **4.1.3.5.4 Granuloma Piógeno**

El granuloma piógeno es una proliferación vascular de tejido de granulación que crece rápidamente y suele ir precedido de cirugía, traumatismo o infección, aunque algunos casos son idiopáticos. Clínicamente hay una lesión vascular rugosa, polipoidal y dolorosa que crece con rapidez y puede

sangrar por traumatismo relativamente banal. El tratamiento de las lesiones cutáneas consiste en su escisión (8).

#### **4.1.3.6 TUMOR DE ORIGEN NEURAL**

##### **4.1.3.6.1 Neurofibroma**

Los neurofibromas cutáneos son tumores nerviosos benignos, generalmente nodulares o pedunculados, que pueden hallarse en cualquier zona de la piel.

**Los neurofibromas aislados**, son frecuentes en individuos normales, pero, cuando existen lesiones múltiples, debe descartarse una neurofibromatosis (7).

**Los neurofibromas plexiformes**, se presentan típicamente en niños con neurofibromatosis de tipo 1 como una deformidad en forma de S en el párpado superior.

El tratamiento de las lesiones aisladas es la escisión simple, pero la extirpación de las lesiones plexiformes más difusas puede resultar difícil (7).

#### **4.1.4 LESIONES PREMALIGNAS**

##### **4.1.4.1 Queratosis Actínica**

La queratosis actínica es la lesión cutánea precancerosa más común. Por lo general, afecta a personas de piel blanca, de edad avanzada, personas con antecedentes de exposición crónica al sol. Estas lesiones son típicamente redondas, escamosas, placas queratósicas que a la palpación tienen la textura del papel de lija. A menudo se desarrollan en la cara, cabeza, cuello, antebrazos y dorso de las manos. Estas lesiones están en un estado de flujo continuo, aumentando en tamaño y oscureciendo en respuesta a la exposición a la luz solar y remitente con exposición solar reducida. Se ha informado que hasta el 25% de las queratosis actínicas individuales se resuelven espontáneamente en un período de 12 meses, aunque las nuevas lesiones tienden a desarrollarse continuamente. El riesgo de transformación maligna de una queratosis actínica dada es de solo 0,24% por año, pero durante el seguimiento prolongado, una persona con múltiples queratosis actínicas tiene una incidencia del 12% -16% de carcinoma de células escamosas. Los carcinomas de células escamosas que surgen de las queratosis actínicas se consideran menos agresivos que las que se desarrollan de novo.

Para las lesiones que surgen en la región periocular, se recomienda una biopsia incisional o excisional. Las lesiones extensas se pueden tratar con 5-fluorouracilo tópico o crema de imiquimod (7).

##### **4.1.4.2 Lentigo Maligno**

También conocido como Peca Melanótica Hutchinson o Melanosis Precancerosa, el lentigo maligno es plano, lesión de forma irregular, irregularmente pigmentada, de crecimiento irregular que típicamente ocurre en la región malar en personas blancas mayores. A diferencia del lentigo senil o solar, el lentigo maligno se caracteriza por variación pigmentaria significativa, bordes irregulares y agrandamiento progresivo. Estas características reflejan una fase de crecimiento radial, intraepidérmico e incontrolado de melanocitos, que en 30% - 50% de los pacientes eventualmente progresan a nódulos de melanoma verticalmente invasivo.

El área de anormalidad histológica frecuentemente se extiende más allá de los bordes pigmentados visibles de la lesión; en la región periocular, el lentigo maligno cutáneo del párpado puede extenderse a la superficie conjuntival, donde la lesión parece idéntica a la melanosis primaria adquirida. Escisión con márgenes quirúrgicos adecuados se recomienda con secciones permanentes para el control final. La observación para evitar la recurrencia está justificada (7).

#### **4.1.5 MALIGNIDADES EPITELIALES IN SITU**

##### **4.1.5.1 Carcinoma de Células Escamosas In Situ**

El término enfermedad de Bowen se refiere al carcinoma de células escamosas in situ de la piel. Estas lesiones típicamente aparecen como lesiones eritematosas elevadas que no cicatrizan. Pueden presentarse con incrustaciones, costras o placas queratósicas pigmentadas. Patológicamente, las lesiones demuestran atipia epidérmica de espesor completo sin invasión dérmica. En 5% de los pacientes, la enfermedad de Bowen puede progresar a carcinoma de células escamosas verticalmente invasiva; por lo tanto, se recomienda una escisión quirúrgica completa. Alternativamente, la crioterapia de Bowen puede ser utilizada, especialmente en áreas de compromiso más extensas (7).

##### **4.1.5.2 Queratoacantoma**

Aunque el queratoacantoma se consideró previamente una lesión benigna y autolimitada, muchos autores ahora consideran esta entidad como un carcinoma de células escamosas de bajo grado. La lesión generalmente comienza como una pápula de color carne en el párpado inferior que se desarrolla rápidamente en un nódulo en forma de domo con un cráter central lleno de queratina y márgenes elevados enrollados. Los queratoacantomas suelen aparecer en pacientes de mediana edad y ancianos y muestran una mayor incidencia en pacientes inmunosuprimidos.

La involución gradual en el transcurso de 3-6 meses a menudo se ha observado. La abundante producción de queratina en el centro de la lesión puede incitar una reacción inflamatoria circundante, que puede jugar un papel en la resolución final. En la actualidad, la biopsia incisional seguida de una escisión quirúrgica completa es recomendada (7).

#### **4.1.6 TUMORES MALIGNOS**

##### **4.1.6.1 Carcinoma De Células Basales**

El carcinoma de células basales, la neoplasia maligna del párpado más común, representa aproximadamente el 90% -95% de Tumores malignos del párpado. Los carcinomas de células basales a menudo se localizan en el margen inferior del párpado (50% -60%) y cerca del canto medial (25% -30%). Con menos frecuencia, pueden aparecer en el párpado superior (15%) y canto lateral (5%). Los carcinomas de células basales pueden tener muchas manifestaciones clínicas diferentes en el párpado.

Los pacientes con mayor riesgo de carcinoma de células basales son de piel clara, ojos azules, pelirrojos o rubios, personas de mediana edad y mayores con ascendencia inglesa, irlandesa, escocesa o escandinava. Ellos quizás tengan un historial de exposición prolongada al sol durante las primeras 2 décadas de vida. Una historia de fumar cigarrillos también aumenta el riesgo de carcinoma de células basales. Los pacientes con carcinomas de células basales anteriores tienen una mayor probabilidad de desarrollar cánceres de piel adicionales.

El carcinoma de células basales se observa con mayor frecuencia en pacientes más jóvenes, y el descubrimiento de las lesiones de párpados malignos en estos pacientes o aquellos con antecedentes familiares positivos deberían acudir a una consulta debido a posibles asociaciones sistémicas como el síndrome de nevo de células basales o xeroderma pigmentoso (7).

El **Síndrome de Nevo de Células Basales (Síndrome De Gorlin)** es un trastorno multisistémico autosómico dominante poco común caracterizado por carcinomas de células basales nevoides múltiples, que aparecen temprano en la vida y están asociados con anomalías esqueléticas, especialmente de la mandíbula, el maxilar y las vértebras (7).

El **Xeroderma Pigmentoso** es un trastorno autosómico recesivo raro caracterizado por sensibilidad extrema al sol y una reparación defectuosa del mecanismo para el daño del ADN inducido por la luz UV en las células de la piel (7).

El **Carcinoma Basocelular Nodular**, el aspecto clínico más común del carcinoma de células basales, es un firme nódulo perlado elevado que puede estar asociado con telangiectasia y ulceración central. Histológicamente los tumores de esta forma muestran nidos de células basales que se originan en la capa de células basales del epitelio y puede mostrar empalizada periférica. A medida que los nidos de las células atípicas rompen en la superficie del epitelio, puede ocurrir necrosis central y ulceración (7).

El tipo de **Tumor Morfeaforme** es menos común y se comporta de forma más agresiva que la forma nodular de carcinoma de células basales. Las lesiones del morfeaforme pueden ser firmes y ligeramente elevadas, con márgenes que pueden ser indeterminados en el examen clínico. Histológicamente, estas lesiones no muestran empalizadas periféricas, sino que se producen en cuerdas delgadas que irradian periféricamente. El estroma circundante puede mostrar proliferación de tejido conectivo en un patrón de fibrosis (7).

El carcinoma de células basales puede simular la inflamación crónica del margen del párpado y es frecuentemente asociado con la pérdida de pestañas (madarosis). El carcinoma basocelular superficial o multicéntrico puede ser confundido con blefaritis crónica y puede extenderse silenciosamente a lo largo del margen del párpado.

Para su manejo, es necesaria una biopsia para confirmar cualquier sospecha clínica de carcinoma de células basales (7).

El diagnóstico más preciso se puede garantizar si cada biopsia incisional proporciona tejido que es representativo de la lesión clínicamente evidente, es de tamaño adecuado para el procesamiento histológico, no está excesivamente traumatizado o aplastado, y contiene tejido normal en el margen para mostrar el área de transición (7).

Una **Biopsia Incisional** se puede utilizar como un procedimiento de oficina confirmatorio para tumores malignos sospechosos.

El sitio de la biopsia incisional debe fotografiarse porque el sitio puede sanar tan bien que la ubicación original del tumor se vuelve difícil de encontrar para la posterior extirpación del tumor (7).

Una **Biopsia Excisional** es razonable cuando las lesiones de los párpados son pequeñas y no involucran el margen del párpado o cuando las lesiones del margen del párpado se localizan centralmente, lejos del canto lateral o del punto lagrimal.

Sin embargo, la monitorización histológica de los bordes del tumor para garantizar la escisión completa es obligatoria. Los bordes de cualquier biopsia excisional deben marcarse en caso de que la extirpación sea incompleta y la resección sea necesaria. Las biopsias de excisión deben estar orientadas verticalmente para que el cierre no ponga tracción vertical en el párpado. Si los márgenes de la porción extirpada del párpado son positivos para células tumorales residuales, en el área afectada del párpado debe realizarse nueva excisión, con control quirúrgico de los márgenes por la técnica micrográfica de Mohs o por la técnica de sección congelada (7).

La **Cirugía** es el tratamiento de elección para todos los carcinomas de células basales del párpado. Las ventajas que la excisión quirúrgica ofrece es la extirpación completa del tumor con control histológico de los márgenes. La tasa de recurrencia es más baja con la excisión que con cualquier otra modalidad de tratamiento. La extirpación quirúrgica también ofrece resultados superiores cosméticos en la mayoría de los casos.

Cuando los carcinomas de células basales afectan el área del canto medial, el sistema de drenaje lagrimal puede ser eliminado con el fin de erradicar por completo el tumor. Si el sistema de drenaje lagrimal ha sido eliminado para la erradicación del tumor, la reconstrucción del sistema de salida lagrimal no se lleva a cabo hasta que se establece que el paciente no tiene tumores.

La invasión orbitaria del carcinoma de células basales es particularmente común en casos que han sido inadecuadamente tratados, en tumores clínicamente descuidados, o en tumores morfeaformes. La exanteración orbital puede ser requerida en tales casos. Los estudios retrospectivos muestran que la tasa de mortalidad de carcinoma células basales anexiales oculares es 3%. La gran mayoría de los pacientes que han muerto de carcinoma de células basales tenían la enfermedad que comenzó en las áreas cantonales, se habían sometido a radioterapia previa o se habían descuidado clínicamente tumores.

Se debe realizar un examen histológico de los márgenes de un tumor maligno extirpado para verificar la extirpación completa del tumor. Las técnicas de sección congelada permiten tal examen durante el transcurso de cirugía. El cirujano extirpa el tumor clínicamente aparente junto con márgenes de 1-2 mm, y luego envía la muestra completa, orientada en un dibujo, al patólogo para la evaluación de la sección congelada (7).

La reconstrucción se lleva a cabo cuando se descubre que todos los márgenes están libres de tumor. Algunos tumores tienen extensiones subcutáneas que no son reconocidas preoperatoriamente. En consecuencia, el cirujano debe siempre esté preparado para hacer una

reconstrucción mucho más grande de lo que originalmente se anticipó de la apariencia clínica del tumor.

Para facilitar la eliminación completa de tumores y tumores recurrentes, profundamente infiltrados o morfeaformes en la región cantal medial, los dermatólogos con entrenamiento especial a menudo usan la cirugía micrográfica de Mohs (7).

El tejido se puede eliminar en capas delgadas que permiten el mapeo tridimensional de la excisión del tumor. La resección micrográfica de Mohs del tumor se usa con mayor frecuencia en la excisión de carcinoma células basales morfeaformes y carcinoma de células escamosas.

La extirpación micrográfica preserva la cantidad máxima de tejido sano a la vez que proporciona la mejor garantía de eliminación completa del cáncer. Planificación preoperatoria entre el cirujano micrográfico y cirujano oculoplástico permite la atención más eficiente del paciente. En algunos casos, la escisión micrográfica puede permitir la preservación de un globo ocular, mientras que las técnicas quirúrgicas convencionales pueden indicar la necesidad de exanteración. Sin embargo, una limitación de la cirugía micrográfica de Mohs está en identificar los márgenes del tumor cuando el tumor ha invadido la grasa orbital.

Después de la resección del tumor de Mohs, el oftalmólogo debe reconstruir el párpado. La reconstrucción urgente no es crítica, pero la cirugía debe realizarse de manera expedita. La cirugía temprana ofrece la máxima protección y permite que la reconstrucción tenga lugar mientras que los márgenes restantes de los párpados aún están frescos. Si la reconstrucción inmediata no es posible, la córnea debe protegerse parcheando o suturando temporalmente el párpado restante cerrado sobre el globo. Si los defectos son pequeños, la granulación espontánea puede ser una alternativa de tratamiento (7).

La tasa de recurrencia después de la crioterapia es más alta que la que sigue a la terapia quirúrgica de lesiones nodulares. Cuando la crioterapia se usa para tratar lesiones esclerosantes más difusas, la tasa de recurrencia es inaceptablemente alta. Además, los márgenes histológicos no se pueden evaluar con crioterapia.

En consecuencia, esta modalidad de tratamiento se evita para las lesiones cantales, lesiones recurrentes, lesiones de más de 1 cm de diámetro y lesiones morfeaformes. Además, porque la crioterapia puede conducir a despigmentación y atrofia del tejido, no debe usarse cuando la cosmética final es importante. La crioterapia para el carcinoma de células basales del párpado generalmente se reserva para pacientes que son pobres candidatos quirúrgicos (7).

La radioterapia también debe considerarse solo un tratamiento paliativo que generalmente debe ser evitado para lesiones periorbitales. En particular, no debe usarse para lesiones cantales debido al riesgo de recurrencia orbital. Al igual que con la crioterapia, los márgenes histológicos no se pueden evaluar con radiación como tratamiento. La tasa de recurrencia después del tratamiento de radiación es más alta que la que sigue al tratamiento quirúrgico. Por otra parte, la recurrencia después de la radiación es más difícil de detectar, se produce en un intervalo más largo después del tratamiento inicial, y es más difícil de manejar quirúrgicamente debido a la curación alterada de tejidos irradiados previamente.

Las complicaciones de la radioterapia incluyen cambios cicatriciales en los párpados, cicatrización con obstrucción del drenaje lagrimal, queratitis sicca y malignidad inducida por radiación. Lesión inducida por radiación al globo también puede ocurrir si el globo no está protegido durante el tratamiento.



El vismodegib oral puede ser un tratamiento útil para el carcinoma basocelular infiltrativo orbital avanzado que no es susceptible de resección quirúrgica o radiación. Los estudios iniciales muestran que este medicamento es bien tolerado y eficaz, aunque los pacientes deben ser monitoreados cuidadosamente para detectar carcinomas de células escamosas en sitios no involucrados (7).

#### **4.1.6.2 Carcinoma de células escamosas**

El carcinoma de células escamosas del párpado es 40 veces menos común que el carcinoma de células basales, pero es más agresivo. Los tumores pueden surgir espontáneamente o de áreas de daño solar y de queratosis actínica, y pueden ser potenciados por la inmunodeficiencia. Las modalidades de tratamiento disponibles para el carcinoma de células escamosas son similares a las del carcinoma de células basales. Resección micrográfica de Mohs o la extirpación quirúrgica con amplios márgenes y secciones congeladas, es preferible debido a la potencial letal naturaleza de este tumor. El carcinoma de células escamosas puede metastatizar a través de la vía linfática, hematogena, o extensión directa, a menudo a lo largo de los nervios. Recurrencias del carcinoma de células escamosas debe tratarse con una resección quirúrgica amplia, que posiblemente incluya exenteración orbital o disección del cuello y puede requerir colaboración con un cirujano especialista en cáncer de cabeza y cuello. Terapia dirigida utilizando a vía Hedgehog y los inhibidores del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) se han mostrado prometedores en tratamiento del carcinoma de células basales orbital y periorcular y el carcinoma de células escamosas cutáneo en pacientes que no son candidatos para cirugía (7).

#### **4.1.6.3 Adenocarcinoma Sebáceo**

El carcinoma de las glándulas sebáceas es un tumor altamente maligno y potencialmente letal que surge de las glándulas de Meibomio de la placa tarsal; de las glándulas de Zeis asociadas con las pestañas; o desde las glándulas sebáceas de la carúncula, la ceja o la piel del rostro. A diferencia del carcinoma células basales o células escamosas, el carcinoma de glándulas sebáceas ocurre con mayor frecuencia en las mujeres y se origina el doble de frecuencia en el párpado superior que en el inferior, lo que refleja el mayor número de meibomio y Zeis en el párpado superior. El origen multicéntrico es común, y se producen tumores de párpados superiores e inferiores separados en 6% -8% de los pacientes. El tumor a menudo aparece amarillo como resultado del material lipídico dentro de las células neoplásicas. Los pacientes son comúnmente mayores de 50 años, pero estos tumores se han reportado en los pacientes más jóvenes también (7).

Estos tumores a menudo se disfrazan de enfermedades benignas de los párpados. Clínicamente, pueden simular chalazión, blefaritis crónica, carcinoma basocelular o de células escamosas, membrana mucosa (cicatriz ocular) pefigoide, queratoconjuntivitis límbica superior o pannus asociado con la conjuntivitis de inclusión de adultos. Por lo general, borramiento de los orificios de la glándula de Meibomio con destrucción de folículos y cilios, lo que lleva a la pérdida de las pestañas (7).

En el carcinoma sebáceo, el tumor dentro de la placa tarsal tiende a progresar a una fase de crecimiento intraepidérmico, que puede extenderse sobre la conjuntiva palpebral y bulbar. Una elevación papilar fina de la conjuntiva tarsal puede indicar la propagación pagetoide de las células tumorales; crecimiento intraepitelial puede reemplazar epitelio corneal también. Puede haber inflamación marcada de la conjuntiva e hiperemia (7).

Un nódulo que inicialmente simula un chalazión, pero luego causa la pérdida de pestañas y la destrucción de los orificios de la glándula de Meibomio justifican una biopsia, ya que esta presentación es característica del carcinoma de glándula sebácea. El material sólido de un chalazión que se ha extirpado quirúrgicamente más de una vez debe ser presentado para el examen histológico. Porque la tasa de diagnósticos erróneos histológicos es alta en patólogos, el médico debe mantener la sospecha sobre la base de los hallazgos clínicos y solicitar tinciones especiales. Cualquier blefaritis crónica unilateral también podría aumentar la posibilidad de carcinoma de glándulas sebáceas.

Debido a que los carcinomas sebáceos del margen del párpado se originan en la placa del tarso o en el margen de la pestaña, las biopsias superficiales de afeitado pueden revelar inflamación crónica, pero omiten el tumor subyacente. La biopsia de grosor completo del párpado con secciones permanentes puede ser necesaria para obtener el diagnóstico correcto. Alternativamente, la biopsia con punzón completa de la placa tarsal puede ser diagnóstica (7).

La extirpación quirúrgica amplia es obligatoria para el tratamiento adecuado del adenocarcinoma sebáceo. La cirugía micrográfica de Mohs se ha utilizado en algunos casos; sin embargo, se requiere mucha precaución debido a las áreas de omisión, la propagación de pagetoides y la policentricidad característica de estos tumores. Biopsias de mapeo de la conjuntiva es útil para eliminar el potencial de propagación de pagetoides. Si hay propagación de pagetoides, se puede usar crioterapia adjunta. La exanteración orbital se puede considerar para tumores recurrentes o grandes que invaden el tabique orbital. Estos tumores generalmente hacen metástasis a ganglios linfáticos regionales, pero rara vez se diseminan hematógicamente o por extensión directa. La terapia con radiación generalmente no es apropiada, ya que los carcinomas sebáceos son relativamente resistentes a la radiación (7).

La biopsia del ganglio centinela se considera para pacientes con carcinoma de células sebáceas del párpado con características de alto riesgo (lesiones recurrentes o afectación extensa del párpado o la órbita), conjuntiva o melanoma cutáneo con un grosor de Breslow mayor a 1 mm, o carcinoma de células de Merkel del párpado. Con la excepción del carcinoma de células basales, el cáncer del párpado y la conjuntiva típicamente hacen metástasis a los ganglios linfáticos regionales, y la metástasis regional comúnmente ocurre antes de la metástasis a sitios distantes. La identificación de metástasis ganglionares regionales microscópicas puede indicar que la terapia extensa está garantizada. También puede proporcionar información pronóstica al médico y al paciente (7).

#### **4.1.6.4 Melanoma**

El melanoma representa aproximadamente el 5% de los cánceres cutáneos, pero alrededor del 75% de las muertes por cáncer de piel se deben al melanoma. La incidencia de melanoma en los Estados Unidos ha estado aumentando constantemente en los últimos 30 años. Múltiples factores, incluida la exposición a la luz solar, la predisposición genética y mutágenos ambientales, han sido implicados en este aumento. Los melanomas cutáneos se pueden desarrollar de novo o de nevos melanocíticos preexistentes o lentigo maligno. El Melanoma cutáneo primario de la piel de los párpados es raro (<0.1% de las neoplasias de los párpados). Los melanomas deben sospecharse en cualquier paciente con una lesión pigmentada adquirida más allá de las primeras 2 décadas de vida. Los melanomas generalmente tienen pigmentación variable, bordes irregulares, y pueden ulcerarse y sangrar.

Hay 4 formas clinicopatológicas de melanoma cutáneo: melanoma por lentigo maligno, melanoma nodular, melanoma de extensión superficial y melanoma acrolentiginoso. El párpado a menudo está involucrado ya sea por melanoma lentigo maligno o melanoma nodular (7).

El **melanoma lentigo maligno** representa la fase de crecimiento maligno vertical invasivo que se produce en 10% -20% de los pacientes con lentigo maligno. Representa el 90% de los melanomas de cabeza y cuello.

Clínicamente, las áreas invasivas están marcadas por la formación de nódulos de color marrón. El párpado generalmente está involucrado por una extensión secundaria de la región malar, y la pigmentación puede progresar sobre el margen del párpado y sobre la superficie conjuntival. La excisión quirúrgica es recomendada para un premaligno lentigo maligno y es obligatorio en pacientes con melanoma lentigo maligno (7).

El **melanoma nodular** representa aproximadamente el 10% de los melanomas cutáneos, pero es extremadamente raro en los párpados. Estos tumores pueden ser amelanóticos. La fase de crecimiento invasivo vertical es la presentación inicial de estas lesiones; por lo tanto, es probable que se hayan extendido profundamente en el momento de diagnóstico (7).

El tratamiento del melanoma cutáneo incluye una excisión quirúrgica amplia con garantía histológica (por medios de secciones permanentes) de la extirpación completa del tumor. Los ensayos aleatorizados han proporcionado hasta ahora información insuficiente para abordar los márgenes de excisión óptimos para el melanoma cutáneo primario. En las regiones perioculares, los márgenes de menos de 1 cm se utilizan a menudo para ayudar a preservar el tejido necesario para reconstrucción y protección del ojo. La disección de los ganglios linfáticos regionales o la biopsia del ganglio centinela pueden ser realizadas en pacientes con melanomas que muestran evidencia microscópica de implicación vascular o linfática, o grosor de Breslow superior a 1mm. El tratamiento metastásico preoperatorio completo es indicado para tumores con un grosor mayor a 1.5mm. Las lesiones delgadas (<0,75 mm) confieren una tasa de supervivencia de 5 años del 98%; las lesiones más gruesas (> 4 mm) con ulceración confieren una tasa de supervivencia de menos del 50%.

Debido a que el grosor del tumor tiene fuertes implicaciones pronósticas, se debe realizar una biopsia de estas lesiones, específicamente, una biopsia con punzón que permite que un núcleo se tome a través de profundidad del tumor. La biopsia de estas lesiones no aumenta el riesgo de diseminación metastásica. A pesar de que la crioterapia puede tener un papel en el tratamiento de los melanomas adquiridos en la conjuntiva, no debe ser considerado para el tratamiento del melanoma cutáneo (7).

#### **4.1.6.5 Sarcoma De Kaposi**

Es una neoplasia maligna del mesénquima. En 1872, Kaposi informó por primera vez este tipo de tumor como sarcoma idiopático de pigmentación múltiple. Antes era un trastorno relativamente raro que afectaba sobre todo a personas del sur de Europa con 40 o más años de edad; en fechas recientes, la gran mayoría de pacientes afectados son de menor edad que padecen sida. Este tumor es más frecuente en extremidades, pero puede aparecer en cualquier región dérmica.

El sarcoma de Kaposi palpebral se manifiesta como lesión subcutánea de color rojo o púrpura y puede ser circunscrita, difusa, nodular o pediculada. Su examen histopatológico evidencia una red de células endoteliales en proliferación que forman una estructura tipo conducto, la cual se llena de

sangre. El tratamiento de esta neoplasia en párpados se hace con quimioterapia por vía IV (en particular cuando el paciente tiene lesiones en diversos sitios anatómicos) o radioterapia focal paliativa (11).

#### **4.1.6.6 Carcinoma de células de Merkel**

La célula de Merkel es parte de la población de células dendríticas (neuroendocrinas) de la piel. Los estudios sugieren que tiene un papel en la mediación del sentido del tacto. Las células de Merkel pueden dar lugar a neoplasias malignas, 10% de los cuales ocurren en el área del párpado y periocular y se manifiestan como nódulos eritematosos indoloros con vasos sanguíneos teleangiectásicos suprayacentes. El carcinoma de células de Merkel puede simular otras lesiones malignas; por lo tanto, el diagnóstico puede ser difícil. Un tercio de los tumores recurre después de la excisión, y hay una tasa alta de metástasis. La tasa de supervivencia estimada a 5 años es del 50%. El tratamiento inicial debe ser agresivo e incluye una resección quirúrgica amplia, con consideración de radiación y/o quimioterapias postoperatorias (7).

#### **4.1.7 TRASTORNOS PREDISPONENTES INFRECENTES**

Los pacientes jóvenes que sufran alguna de las siguientes enfermedades pueden desarrollar tumores malignos en los párpados.

- **La Xerodermia Pigmentaria** se caracteriza por lesiones de la piel expuesta a la luz solar que dan lugar a anomalías cutáneas progresivas. Se hereda con un patrón autosómico recesivo (AR). Los pacientes afectados tienen cara de pájaro y gran propensión a sufrir carcinoma de células basales (CCB), carcinoma epidermoide (CE) y melanoma, que a menudo son múltiples. También se ha informado de neoplasias conjuntivales malignas (7).

- **El Síndrome de Gorlin-Goltz (síndrome de CCB nevoideas)**, es un raro trastorno autosómico dominante (AD) caracterizado por deformidades congénitas generalizadas del ojo, los huesos faciales y el SNC. Muchos pacientes desarrollan múltiples CCB pequeños durante la segunda década de la vida y también están predispuestos al meduloblastoma, el cáncer de mama y el linfoma de Hodgkin (7).

- **El Síndrome de Muir-Torre** es una rara enfermedad AD que predispone a neoplasias malignas cutáneas y viscerales. Entre los tumores cutáneos se incluyen el CCB, el carcinoma de células sebáceas y el queratoacantoma; los tumores sistémicos más comunes son cánceres colorrectales y genitourinarios (7).

- **El Síndrome de Bazex**, puede denominar dos enfermedades diferentes:

- El Síndrome de Bazex-Dupré-Christol**, un trastorno dominante ligado al cromosoma X que se caracteriza por múltiples CCB, normalmente en la cara, incluidos los párpados, asociados a cambios cutáneos como indentaciones foliculares sin pelos sobre las superficies extensoras (atrofodermia folicular), hipohidrosis e hipotricosis (7).

**-La Acroqueratosis paraneoplásica de Bazex**, en la que hay lesiones eccematoides y psoriasiformes asociadas a un cáncer subyacente de vías respiratorias superiores o el tubo digestivo.

Otros trastornos predisponentes serían la inmunodepresión, el retinoblastoma previo y el albinismo (7).

## **4. 2. ESTADO DEL ARTE (ANTECEDENTES)**

Se revisaron los principales estudios epidemiológicos realizados en Latinoamérica que incluyera tumores de párpados benignos y malignos, encontrando los siguientes:

**4.2.1 Rodríguez M, Aceves M, Hernández M. Estudio clínico-epidemiológico de tumores en los párpados. Estudio retrospectivo de cinco años. Dermatología Rev. Mex. 2011; 55(2):63-68.**

**Objetivo:** evaluaron las características clínico-epidemiológicas de los tumores en los párpados.

**Materiales y métodos:** realizaron un estudio retrospectivo y observacional de los pacientes con diagnóstico clínico, histopatológico (o ambos) de algún tumor o neoformación en los párpados, que acudieron al Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio (Jalisco, México) durante cinco años.

**Resultados:** se encontraron 58 diferentes diagnósticos clínicos, histopatológicos, o ambos, en 4,201 casos, de los cuales 2,829 (67%) fueron de género femenino y 1,372 (33%) del masculino. La edad de manifestación fue desde cuatro meses hasta 103 años, con promedio de edad de 44.5 años ( $\pm 21.571$ ). Se ubicaron 3,504 casos en los párpados y 697 casos en los cantos; del total, 3,658 casos correspondieron a lesiones benignas y 543, a estirpe maligna.

**Conclusiones:** el nevo melanocítico fue el tumor predominante; los pseudotumores de origen infeccioso e inflamatorio alcanzaron 22% del total de los casos. El carcinoma basocelular fue uno de los cinco tumores verdaderos más frecuentes desde la edad de 31 a 103 años, con incidencia máxima en la octava década de la vida. Se encontró predominio por el género femenino en 51 tumores, con una relación de 2:1 en 26 tumores.

**4.2.2 Curutchet L, Peñate H, Romero S, Rutllán J, Medina F. Tumores palpebrales. Aspectos clínicos y su correlación con la histopatología de una serie de 305 casos. Arch. Soc. Canar. Oftal. 2012; 23: 40-45.**

**Objetivo:** Determinar los tumores que más frecuentemente se extirpan en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín y evaluar su correlación clínico-histopatológica.

**Materiales y métodos:** Revisión de informes de anatomía patológica e historias clínicas de las lesiones palpebrales extirpadas durante el periodo 2006-2009 en el Hospital Dr. Negrín de Las Palmas de Gran Canaria. España.

**Resultados:** Se recoge un total de 305 lesiones y se analizan en el programa estadístico SPSS. La edad media de presentación fue de 58.08 años. Las lesiones benignas fueron mayoritarias, suponiendo un 92,5% y de éstas las más frecuentes corresponden a tumores de estirpe epitelial. El carcinoma basocelular fue la tumoración maligna más frecuente y su localización más habitual el párpado inferior. La correlación entre el diagnóstico clínico y el histopatológico rozó el 60%.

**Conclusiones:** La aparición de lesiones palpebrales en general no tiene predilección por el sexo, aunque los tumores malignos fueron 2,5 veces más frecuentes en hombres que en mujeres. La edad de presentación es más alta para los tumores malignos, con una diferencia significativa ( $p=0,0075$ ) con respecto a los tumores benignos. Existe una buena correlación clínico-histopatológica en el caso de las lesiones benignas en nuestro servicio, aunque quizá deberíamos ser más agresivos quirúrgicamente en el caso de lesiones sospechosas de malignidad.

**4.2.3 Martínez E, Melgarejo D, Arrúa M, Cardozo S. Tumor de párpados: 241 casos. Hallazgos y desafíos para la reconstrucción. Cir. Plást. Ibero-latinoam. 2013; 39:145-152.**

**Objetivo:** evaluar las características epidemiológicas de los tumores de párpados.

**Materiales y métodos:** realizaron un estudio observacional, descriptivo, temporalmente retrospectivo, en el que fueron evaluados 241 pacientes con diagnóstico de tumor de párpado de diferentes etiologías entre 1981 y 2009. La edad promedio fue de 44,17 años, siendo de sexo femenino 162 pacientes (67,2%). No hubo preferencia de localización en cuanto a la zona afectada.

**Resultados:** según Anatomía Patológica, 164 casos (68%) fueron tumores benignos y 77 casos (32%) tumores malignos.

**Conclusiones:** los diagnósticos postoperatorios más frecuentes fueron, entre los tumores malignos, el de carcinoma basocelular en 63 pacientes (82%), y entre los tumores benignos, el de chalazión en 25 pacientes (15,2%).

#### **4. 4. MARCO LEGAL (ASPECTOS ÉTICOS)**

El Trabajo de Investigación se encuentra regido por la Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Es una Investigación **Sin Riesgo** según lo establecido en su Artículo 11 quien lo define como: “Estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

### **5. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN: DESCRIPTIVO – OBSERVACIONAL – TRANSVERSAL**

Es **Descriptivo** puesto que fue realizado para conocer los tumores de párpados que se presentan en la Clínica Oftalmológica de Cartagena y distribución de estos por población, ya sea infantil, adulta y por sexo. Registrando las características (benigna o maligna) de estas neoplasias utilizando la base de datos de la Clínica y mediciones estadísticas para representar los hallazgos.

Es **Observacional - Transversal** debido a que no hay intervención por parte del investigador, limitándose a medir las variables definidas en el estudio estableciéndose un período de tiempo.

#### **5.1.1 ENFOQUE CUANTITATIVO**

Debido a que se realizó recolección y análisis de datos cuantitativos sobre variables buscando determinar la correlación, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población. Tras el estudio de la asociación o correlación pretende, a su vez, hacer inferencia causal al predominio de tumores de párpados teniendo en cuenta la población infantil/adulta, sexo femenino/masculino, Ojo ya sea Derecho o Izquierdo, Párpado Superior e Inferior, Tercio en que se presentó, y si son Benignos o Malignos; basándose en la recopilación y análisis de Diagnósticos obtenidos en la base de datos de la Clínica Oftalmológica de Cartagena.

## 5.2 POBLACIÓN

### 5.2.1 Población Marco o Referencia

Pertencen las Historias Clínicas de los pacientes que asisten a la consulta de Oftalmología de la Clínica Oftalmológica de Cartagena.

### 5. 2. 2. Población de Estudio

Está constituida por los pacientes diagnosticados con Tumores de Párpados en las Historias Clínicas de la consulta de Oftalmología, de la Clínica Oftalmológica de Cartagena.

### 5. 2. 3. Población Sujeto de Estudio

Pertenece el total de pacientes Diagnosticados con Tumores de Párpados Masculinos/Femeninos - Niños/Adultos de la Clínica Oftalmológica de Cartagena durante el período 01/06/2017 – 31/05/2018 que hicieran parte de los criterios de selección establecidos.

#### Inclusión

Se incluyeron todas las historias clínicas de pacientes con diagnósticos de Tumores de Párpados tanto presuntivos por Clínica, como los confirmados por Biopsia en el período establecido.

#### Exclusión

Información insuficiente en las historias clínicas de los pacientes para catalogar el Tumor de Párpado, ya sea por Clínica de la Lesión o Biopsia, como Benigno o Maligno.  
Pacientes que no tuvieran impresión clínica de Tumor de Párpado.

## 5. 3. MUESTRA Y MUESTREO

Durante la realización de éste estudio no se realizó cálculo de muestra ni fueron utilizadas técnicas de muestreo debido a que se pudo acceder a todas las historias clínicas en la Clínica Oftalmológica de Cartagena, que cumplieran con los diferentes criterios de inclusión.

## 5. 4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Tipo	Categorías
----------	------------	------	------------



Variable	Definición	Tipo	Categorías
<b>Edad</b>	Tiempo de vida en expresado en años de cada paciente teniendo en cuenta las fechas de nacimiento.	Cuantitativa Continua	Niños < 18 años  Adultos < 50 años ≥ 50 años
<b>Sexo</b>	Haciendo referencia a las diferentes características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que diferencian al sexo femenino del sexo masculino.	Cualitativa Nominal Categórica	Femenino Masculino
<b>Ojo</b>	Se refiere al ojo afectado, ya sea derecho, izquierdo o ambos.	Cualitativa Nominal Categórica	Ojo Derecho Ojo Izquierdo Ambos Ojos
<b>Párpado</b>	Párpado afectado por el tumor ya sea superior, inferior, ambos o si no fue especificado.	Cualitativa Nominal Categórica	Superior Inferior Ambos No Especificado
<b>Tercio del Párpado</b>	Parte del párpado afectada por el tumor ya sea tercio interno, medio, externo, completo o si no fue especificado.	Cualitativa Nominal Categórica	Interno Medio Externo Completo  No Especificado
<b>Tipo de Diagnóstico</b>	Entendiéndose si fue realizado basándose en sus características clínicas (Clínico), o mediante estudio histopatológico de la lesión (Biopsia)	Cualitativa Nominal Categórica	Clínico Biopsia

## 5.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

### 5.5.1 FUENTES:

Durante la investigación se utilizó como principal fuente de información las historias clínicas de la base de datos Agilmed, de la Clínica Oftalmológica de Cartagena, las cuales constituyen una fuente secundaria; por otro lado cabe resaltar que también fueron revisados los reportes de biopsias que constituyen una fuente primaria de información.

## 5.5.2 FASES DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN:

**Planeación:** Se inició la búsqueda bibliográfica, se planteó la pregunta, se realizó el diseño metodológico y se procedió con la investigación.

**Ejecución:** Se ingresó con ayuda del Ingeniero de Sistemas a la base de datos Agilmed de la Clínica Oftalmológica de Cartagena, previa autorización de la Clínica. Se buscaron los pacientes con los criterios de inclusión y se ubicaron las variables en una Matriz de Excel.

**Comunicación y Análisis de los resultados:** Se analizaron los datos consignados en la matriz y se presentaron los resultados de investigación por escrito.

## 5.6. TECNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico consistió en el cálculo de frecuencias absolutas y relativas en las variables cualitativas; en las cuantitativas estimación de mediana (Me) como medida de tendencia central con su respectiva medida de dispersión rango inter cuartílico (RIC) dada la naturaleza no paramétrica de las variables estimada por prueba de Kolmogorov Smirnov. Para comparar la frecuencia de las características epidemiológicas y de localización del tumor entre los principales tipos histológicos se utilizó como prueba de hipótesis la prueba Chi<sup>2</sup> o el Test Exacto de Fisher según fuera necesario, un valor de  $p < 0,05$  fue considerado como estadísticamente significativo.

## 6. RESULTADOS

De las 89535 historias clínicas revisadas de los pacientes de la Clínica Oftalmológica de Cartagena durante el período de 01 de Junio de 2017 al 31 de Mayo de 2018, se seleccionaron 187 pacientes que tuvieron como impresión diagnóstica Tumores de Párpados Benignos y Malignos ya sea por Clínica o por Biopsia. La mediana de edad fue de 48 años con un Rango Inter Cuartílico de 34 a 59 años, el 10.7% eran niños y el porcentaje restante eran adultos de los cuales el 42.2% eran menores de 50 años. Con respecto al sexo se observó una mayor frecuencia en el sexo femenino con un 70%, la lateralidad de la lesión fue ojo derecho en 40.1%, el ojo izquierdo con 39.6% y en último lugar bilateral. El párpado afectado con mayor frecuencia fue el superior con 47.1% seguido del inferior con 36.4%. El tercio del párpado principalmente afectado fue el tercio interno con 33.2%, seguido del tercio externo y el tercio medio con 22.5% cada uno, en 17.1% se observó una afección completa del párpado. El diagnóstico fue realizado en 82.3% por la clínica y 17.7% por la biopsia, Tabla 1.

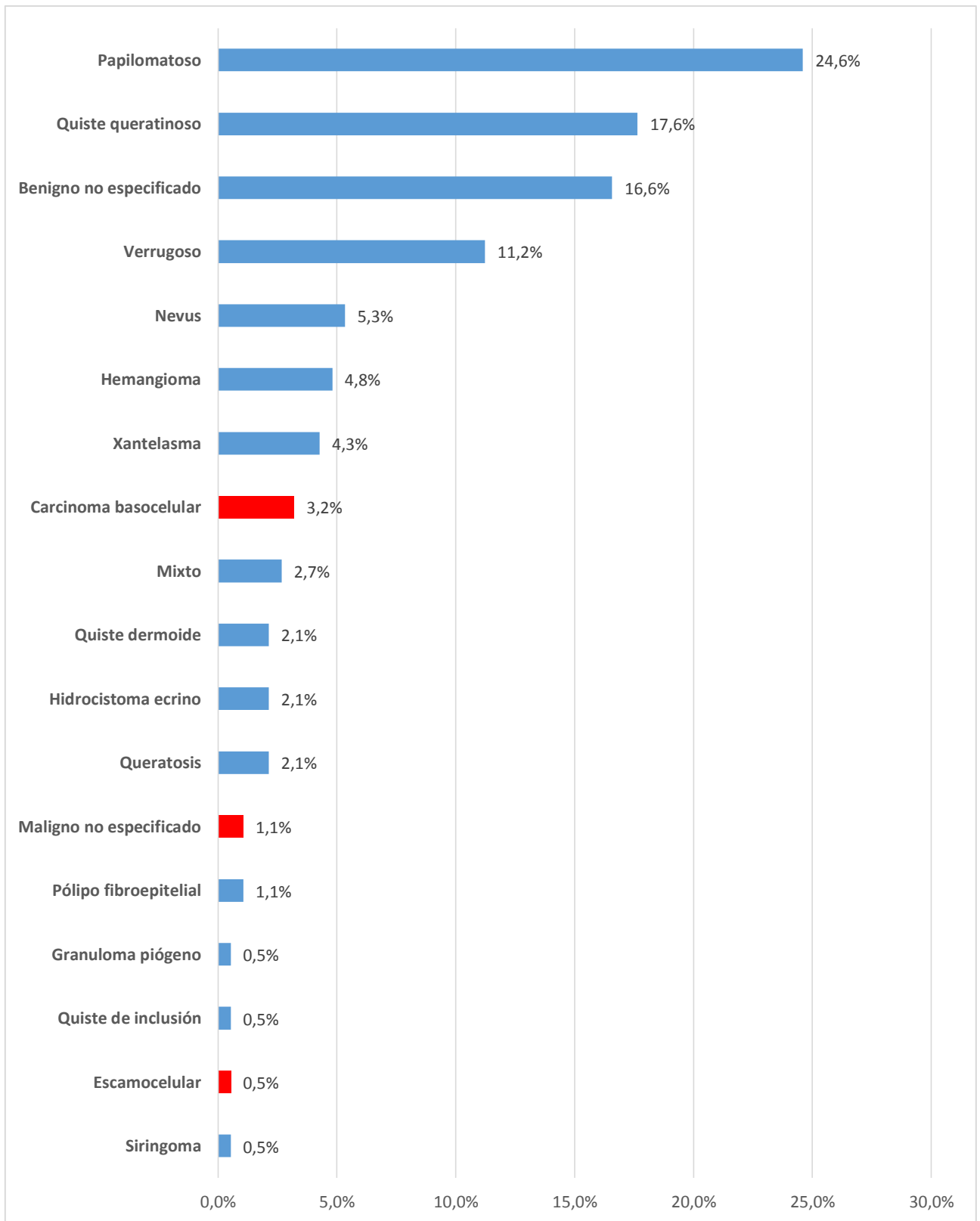
En orden de frecuencia los Tumores Benignos más frecuentes fueron Papilomatoso 24.6%, Quiste Queratinoso 17.6%, Benigno no Especificado 16.6%, Verrugoso 11.2%, Nevus 5.3%, Hemangioma 4.8% y Xantelasma 4.3%; dentro de los tumores malignos se encontró Carcinoma Basocelular con 3.2%, el Maligno no Especificado con 1.1% y el Escamocelular con 0.5%. En Total la proporción de los Benignos fue 95.2%, Figura 1.

El Tumor Papilomatoso fue más común en el sexo femenino, en adultos, ojo derecho, párpado superior y tercio interno. El Quiste Queratinoso tuvo mayor presentación en el sexo femenino, adultos, con igual predominio en el ojo derecho e izquierdo, párpado inferior, tercio interno. El Tumor Benigno no Especificado se observó más en el sexo femenino, adultos, ojo derecho, párpado superior, tercio medio. El Verrugoso predominó en el sexo femenino, adultos, ojo izquierdo, con presentación en igual proporción en el párpado superior e inferior, e igual predominio en tercio externo, medio e interno. El Nevus tuvo igual presentación en ambos sexos, más común en adultos, ambos párpados, tercio externo e interno. El Hemangioma fue más común en el sexo femenino, casi igual distribución en adultos y niños con ligero predominio en adultos, mayor presentación en el ojo derecho, párpado superior, e igual presentación en el tercio medio y la totalidad del párpado. El Xantelasma fue más común en el sexo femenino, adultos, de predominio en ambos ojos al mismo tiempo, párpado superior, tercio interno. El Carcinoma Basocelular predominó en el sexo femenino, adultos, ojo izquierdo, párpado inferior, tercio externo. El Tumor Maligno no Especificado fue más común en el sexo masculino, adultos, de igual predominio en ojo derecho e izquierdo, párpado superior e inferior, tercio interno y medio. El Carcinoma Escamocelular solo se presentó en un paciente de sexo masculino, adulto, ojo derecho, párpado superior, tercio interno, Tabla 2.

Al comparar algunas características entre los principales tumores no se observaron diferencias estadísticas de la distribución por sexos entre los mismos; según el grupo etario se observó que el tumor más frecuente en niños fue el Hemangioma con 44.4% con diferencia estadística con el tumor papilomatoso y el quiste queratinoso; en cuanto a la lateralidad, el compromiso ocular derecho fue más frecuente en el tumor Escamocelular con 100% (un solo caso), seguido del hemangioma con 66.7% siendo esta frecuencia mayor que en Xantelasma en la cual fue nula, en tercer lugar de compromiso en ojo derecho se encontró el tumor benigno no especificado con 61.3% siendo esta última frecuencia significativamente mayor a la observada en los tumores verrugosos y xantelasma. La ubicación en ojo izquierdo fue más frecuente en el Carcinoma Basocelular con 66.7%, seguido del Verrugoso con 61.9% siendo esta última frecuencia significativamente mayor que la observada en el tumor papilomatoso y xantelasma. El compromiso ocular bilateral fue más frecuente para el Xantelasma con 87.5% significativamente mayor que en los tumores papilomatoso, quiste queratinoso, benigno no especificado y nevus. El párpado inferior estuvo comprometido en el 100% de los pacientes con Carcinoma Basocelular siendo esta frecuencia significativa al ser comparada con los tumores papilomatoso, quiste queratinoso, benigno no especificado, verrugoso y xantelasma, además se encontró una frecuencia nula en el párpado superior del carcinoma basocelular significativamente estadística al compararse con los tumores papilomatoso, benigno no especificado y xantelasma. El compromiso de ambos párpados fue más frecuente en Nevus con 40% siendo estadísticamente mayor que el observado en el tumor papilomatoso y benigno no especificado observado en 23.9% y 0% respectivamente. El análisis por el tercio de párpado comprometido se encontró una afección completa en el 44.4% de los pacientes con Hemangioma siendo estadísticamente más frecuente que lo observado en el tumor benigno no especificado; el tercio externo se observó con una frecuencia del 66.7% en el Carcinoma Basocelular, siendo esta mayor que en los tumores papilomatoso y benigno no especificado; el tercio interno fue comprometido más frecuentemente por el Xantelasma en 62.5% con diferencia estadística al compararse con el hemangioma de frecuencia nula,  $p=0.0090$ ; y el tercio medio tuvo una mayor frecuencia de compromiso en el tumor benigno no especificado con 38.7% comparado con el quiste queratinoso de 9.1%,  $p=0.0051$ . Por último, el diagnóstico por biopsia se realizó más frecuentemente en Carcinoma Basocelular y el Nevus con 100% y 80% respectivamente siendo significativamente mayor que lo observado en el resto de tumores. Tabla 2

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Edad Me (RIC)</b>	<b>48 (34 – 59)</b>	
Niños	20	10,7
Adultos	167	89.3
< 50 años	79	42.2
≥ 50 años	88	47.1
<b>Sexo</b>		
F	131	70.0
M	56	30.0
<b>OJO</b>		
D	75	40.1
I	74	39.6
Ambos ojos	38	20.3
<b>Párpado</b>		
Inferior	68	36.4
No especificado	3	1.6
Superior	88	47.1
Ambos	28	15.0
<b>Tercio Párpado</b>		
Completo	32	17.1
No especificado	9	4.8
TE	42	22.5
TI	62	33.2
TM	42	22.5
<b>Tipo Diagnóstico</b>		
Biopsia	33	17.7
Clínica	154	82.3

Tabla 1. Total de Tumores en cada una de las Variables



**Figura 1. Porcentajes de los Tumores Encontrados**

	Papilomatoso N=46	Quiste Queratinoso N=33	Benigno no Especificado N=31	Verrugoso N=21	Nevus N=10	Hemangioma N=9	Xantelasma N=8	Carcinoma Basocelular N=6	Maligno no Especificado N=2	Escamocelular N=1
<b>Sexo</b>										
F	34 (73,9)	24 (72,7)	20 (64,5)	17 (81,0)	5 (50,0)	7 (77,8)	7 (87,5)	4 (66,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
M	12 (26,1)	9 (27,3)	11 (35,5)	4 (19,0)	5 (50,0)	2 (22,2)	1 (12,5)	2 (33,3)	2 (100,0)	1 (100,0)
<b>Niños</b>	2 (4,3)	0 (0,0)	4 (12,9) †	4 (19,0) †	1 (10,0)	4 (44,4)* †	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>Adultos</b>	44 (95,7)	33 (100,0)	27 (87,1)	17 (81,0)	9 (90,0)	5 (55,6)	8 (100,0)	6 (100,0)	2 (100,0)	1 (100,0)
<b>OJO</b>										
D	19 (41,3)	14 (42,4)	19 (61,3)	6 (28,6) ‡	3 (30,0)	6 (66,7)	0 (0,0) *†‡¶	2 (33,3)	1 (50,0)	1 (100,0)
I	12 (26,1)	14 (42,4)	12 (38,7)	13 (61,9) *	5 (50,0)	3 (33,3)	1 (12,5) §	4 (66,7)	1 (50,0)	0 (0,0)
Ambos	15 (32,6)	5 (15,2)	0 (0,0) *	2 (9,5)	2 (20,0)	0 (0,0)	7 (87,5) *†‡¶	0 (0,0) **	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>Párpado</b>										
Inferior	12 (26,1)	16 (48,5)*	14 (45,2)	9 (42,9)	3 (30,0)	3 (33,3)	1 (12,5)	6 (100,0) *†‡§ **	1 (50,0)	0 (0,0)
Superior	22 (47,8)	12 (36,4)	17 (54,8)	9 (42,9)	3 (30,0)	6 (66,7)	6 (75,0)	0 (0,0) * ‡ **	1 (50,0)	1 (100,0)
Ambos	11 (23,9)	3 (9,1)	0 (0,0)*	3 (14,3)	4 (40,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
No Especifica	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>Tercio Párpado</b>										
Completo	10 (21,7)	4 (12,1)	1 (3,2)*	3 (14,3)	2 (20,0)	4 (44,4) ‡	2 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
No Especifica	2 (4,3)	1 (3,0)	3 (9,7)	3 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
TE	8 (17,4)	9 (27,3)	4 (12,5)	5 (23,8)	3 (30,0)	1 (11,1)	1 (12,5)	4 (66,7) *‡	0 (0,0)	0 (0,0)
TI	15 (32,6)	16 (48,5)	11 (35,5)	5 (23,8)	3 (30,0)	0 (0,0)	5 (62,5) ¶	2 (33,3)	1 (50,0)	1 (100,0)
TM	11 (23,9)	3 (9,1)	12 (38,7) †	5 (23,8)	2 (20,0)	4 (44,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	0 (0,0)
<b>Biopsia</b>	2 (4,3)	6 (18,2)	0 (0,0) †	3 (14,3)	8 (80,0) *†‡§	2 (22,2)	0 (0,0)	6 (100,0) *†‡§ ¶ **	0 (0,0)	1 (100,0)
<b>Clínica</b>	44 (95,7)	27 (81,8)	31 (100,0)	18 (85,7)	2 (20,0)	7 (77,8)	8 (100,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)

\* Valor de p <0,05 comparando con Papilomatoso

† Valor de p <0,05 comparando con Quiste Queratinoso

‡ Valor de p <0,05 comparando con Benigno No especificado

§ Valor de p <0,05 comparando con Verrugoso

|| Valor de p <0,05 comparando con Nevus

¶ Valor de p <0,05 comparando con Hemangioma

\*\* Valor de p <0,05 comparando con Xantelasma

Tabla 2. Comparación de las Principales Características Sociodemográficas y Anatómicas

## 7. DISCUSIÓN

Actualmente son pocos los estudios sobre Tumores de Párpados en la Población Latina, en nuestro país Colombia éste sería el primero de tipo Epidemiológico, que además de ver sus características clínicas benignas y malignas, y tipo histológico con las biopsias realizadas, también establece edades de aparición, predominancia en sexo y localización en los párpados lo cual nos ayuda a tener en cuenta al momento de realizar un diagnóstico. Existe un trabajo en Colombia realizado por Rosario A., y Andrade O, de la Universidad Militar Nueva Granada, donde mencionan los tumores de párpados malignos, pero se enfocan en resultados anatómicos y funcionales en pacientes que se les realizó reconstrucción palpebral mediante diferentes técnicas quirúrgicas, ya sea por neoplasias malignas y también por trauma, pero no está centrado en la epidemiología general de estos tumores (12).

Según lo reportado por la Literatura, podemos darnos cuenta que nuestro estudio corresponde con la epidemiología mundial (3); siendo el primero de los tumores benignos el Papilomatoso el cuál es el más común, al igual que el más común de los malignos es el Basocelular correspondiendo con su localización principal que es en el párpado inferior, así como el Escamocelular es mucho menos común que el Basocelular y que su localización predomina en el párpado superior.

En cuanto al Xantelasma concuerda con las estadísticas globales siendo mayor su presentación en mujeres adultas en el párpado superior tercio interno (9) y de predominio bilateral (8).

Por otro lado el Hemangioma fue el tumor más frecuente en niños, pero en este estudio cambia el predominio del sexo ya que predomina en el sexo femenino, siendo lo más común es que se encuentre en niños de sexo masculino (7). También es diferente la forma de presentación del Verrugoso ya que es mayor en adultos en ésta población, siendo su presentación más común en niños y jóvenes (9).

En la mayoría de los tumores el predominio fue en el sexo femenino lo que concuerda con el estudio realizado en México por Rodríguez M, y cols. (1). El tercio del párpado más afectado en el estudio fue el interno, el cuál difiere del estudio realizado en España por Curutchet L, y cols. (2), en el cuál el más afectado fue el externo.

En la edad el predominio de tumores fue en menores de 50 años, diferente el resultado del arrojado por Curutchet L, y cols. (2), en el cuál el predominio fue en mayores de 50 años.

Los tumores más biopsiados fueron el Carcinoma Basocelular 100% y el Nevus con 80%. Cabe resaltar que a pesar que los Oftalmólogos ordenaron biopsia en la mayoría de los tumores de los pacientes a excepción de los Xantelasma, fueron muy pocas las personas quienes acudieron al control con los resultados histopatológicos, demostrando la poca importancia que le da el paciente a su enfermedad, interesándole nada más que sea resecado el tumor sin tener en cuenta si sus características son malignas y que le pueden influir en su salud a tal punto de poder ocasionarles la muerte; o por otro lado, si el resultado fue benigno y lo leen, no se interesan en llevarlo al control debido a que su salud no corre peligro.

## 8. CONCLUSIONES

Podemos decir que es el primer Estudio Epidemiológico a nivel Nacional sobre la caracterización de los Tumores de Párpados en general tanto Benignos como Malignos, realizado en una Clínica con alto volumen de pacientes en el cuál se logró observar que arrojó datos que se correlacionan con la epidemiología mundial, como es el caso de tumores como el Papilomatoso el más común de los benignos, el Basocelular el que más se presenta de los malignos, y otros tumores de igual forma de presentación nivel global como el Xantelasma y el Escamocelular. El tumor más común en niños en nuestra población es el Hemangioma al igual que la epidemiología mundial, pero difiere en cuanto al sexo presentándose más en el sexo femenino.

El predominio de tumores fue en el sexo femenino, menores de 50 años, con mayor afectación en el párpado superior y tercio interno. En cuanto al ojo afectado no fue significativo el resultado, siendo ligeramente mayor en el ojo derecho con un 40.1%, en comparación el ojo izquierdo con 39.6%.

Los tumores más reportados mediante biopsias fueron el Carcinoma Basocelular 100% y el Nevus con 80%. Es importante aclarar la importancia en estos casos del estudio histopatológico, ya que además de ayudarnos a un diagnóstico certero en la clasificación de benigno o maligno, nos ayuda a descartar las variantes que se pueden presentar en un mismo tumor.

Es de gran importancia la educación en los pacientes sobre la realización de biopsias y entrega del resultado de éstas al personal de salud, para esclarecer las dudas que se tengan y así tener un diagnóstico claro, ayudando a brindar un manejo médico acertado y oportuno.



## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez M, Aceves M, Hernández M. Estudio clínico-epidemiológico de tumores en los párpados. Estudio retrospectivo de cinco años. *Dermatología Rev. Mex.* 2011; 55(2):63-68.
2. Curutchet L, Peñate H, Romero S, Rutilán J, Medina F. Tumores palpebrales. Aspectos clínicos y su correlación con la histopatología de una serie de 305 casos. *Arch. Soc. Canar. Oftal.* 2012; 23: 40-45.
3. Martínez E, Melgarejo D, Arrúa M, Cardozo S. Tumor de párpados: 241 casos. Hallazgos y desafíos para la reconstrucción. *Cir. Plást. Ibero-latinoam.* 2013; 39:145-152.
4. Deprez M, Uffer S. Clinicopathological features of eyelid skin tumors. A retrospective study of 5504 cases and review of literature. *Am J Dermatopathol* 2009; 31:256-262.
5. Yannof M, Duker J. *Ophthalmology*. 4 ed. Estados Unidos: Elsevier; 2014.
6. García J, Pablo L. *Manual de Oftalmología*. 1 ed. Barcelona, España: Elsevier; 2012.
7. Academia Americana de Oftalmología. *Órbita, Párpados y Sistema Lagrimal*. 2015 ed. Estados Unidos: Academia Americana de Oftalmología; 2015.
8. Kanski J. *Oftalmología Clínica*. 8 ed. Barcelona, España: Elsevier; 2016.
9. Dutton J, Gayre G, Proia A. *Diagnostic Atlas of Common Eyelid Diseases*. 1 ed. Estados Unidos: Informa Healthcare; 2007.
10. Hassan M, Zambrano R. Nevo de Ota y melanoma. Comunicación de un caso y consideraciones. *Arch. Argent. Dermatol.* 2012; 62: 49-55.
11. Vaughan, Asbury. *Oftalmología General*. 18 ed. Estados Unidos: McGraw Hill; 2012.
12. Rosario A, Andrade O. Resultados Anatómicos y Funcionales en pacientes con Reconstrucción Palpebral Secundarios a Tumores o Traumas, Manejados en el Servicio de Oftalmología del Hospital Militar Central; 2012. Disponible en: <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/10751/AndradeAndradeOlgaLucia2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## ANEXOS

### Anexo A. Formato de Recolección de Datos

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
	No. Id	Mes	Cedula	SEXO	EDAD	OFTALMOLOGO	OJO	Parpado	TercioParpado	DIAGNÓSTICO
1										D231, ASPECTO RAMIFICADO ENQUISTADO ORDENARON BIOPSIA NO TRAJO RESULTADO
2	1	Junio	22808462	F	37	Muñoz	OD	Inferior	TI	D231, ASPECTO RAMIFICADO ENQUISTADO ORDENARON BIOPSIA NO TRAJO RESULTADO
3	2	Junio	33120562	F	71	DEL VALLE	OD	Superior	No especificado	D231 PAPILOMATOSA, ORDENARON BIOPSIA NO TRAJO RESULTADO
4	3	Junio	73183656	M	35	DEL VALLE	OI	Superior	TM	D231, TUMOR BENIGNO NO ESPECIFICADO
5	4	Junio	9060182	M	71	DEL VALLE	OI	Inferior	No especificado	D231, TUMOR BENIGNO NO ESPECIFICADO ASPECTO ELEVADO, NO ESPECIFICA, SE OPERO PERO NO SE ORDENO BIOPSIA
6	5	Junio	27612897	F	69	Pérez	OI	Superior	TI	B: QUISTE QUERATINOSO SIMPLE DE TIPO EPIDERMIOIDE COMPLETAMENTE RESECADO
7	6	Junio	73583156	F	42	LUNA	OD	Superior	TM	D231, ASPECTO QUISTE DERMICO, NO LLEGO A OCULOPLASTIA.
8	7	Junio	73568992	M	42	DEL VALLE	AO	Superior	Completo	D231, ASPECTO PAPILOMATOSAS. SE ORDENO PROCEDIMIENTO MAS BIOPSIA PERO PACIENTE NO SE LO REALIZO
9	8	Junio	1143331496	F	28	DEL VALLE	OI	Superior	TI	D231, ASPECTO LESION PGIMENTADA LOBULADA, SE ORDENO BIOPSIA NO TRAJO REPORTE
10	9	Junio	30648196	F	55	Pérez	AO	Superior-Inferior	Completo	D231, ASPECTO PAPILOMATOSA, PACIENTE NOSE REALIZO PROCEDMIENTO
11	10	Junio	45762549	F	50	Pérez	OI	Inferior	TM	B:NEVUS INTRADERMICO, NEGATIVO PARA MALIGNIDAD
12	11	Junio	23214788	F	54	Pérez	OD	Inferior	TE	D231, ASPECTO PAPILOMATOSA, NO BIOPSIA, PQX CICATRIZO QUELOIDE.
13	12	Junio	45493051	F	46	Pérez	OI	Superior-Inferior	TM	B: QUISTE EPIDERMIOIDE, NO SE OBSERVA DISPLASIA NI MALIGNIDAD
14	13	Junio	45477700	F	49	BARON	OD	Inferior	TE	ASPECTO QUISTICA
15	14	Junio	33273090	F	34	Pérez	OI	Superior	TM	PAPILOMATOSA, SE ORDENO BIOPSIA NO TRAJO RESULTADO