

17
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FASE IV
POST GRADO DE OFTALMOLOGIA

" MASAS PALPEBRALES "

Diagnóstico Clínico y Patológico, manejo.
Estudio prospectivo de un año (1988)
en el Departamento de Oftalmología, Hospital Roosevelt.

GILDARDO ANTONIO GIRON CUSCUL

MAGISTER SCIENTIFICAE
ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA

INDICE:

<u>Contenido:</u>	<u>Página</u>
Título -----	1
Introducción -----	3
Objetivos -----	5
Justificaciones -----	7
Antecedentes -----	9
Anatomía -----	9
Evaluación clínica palpebral -----	10
Anatomía Histológica -----	11
Terminología -----	12
Anomalías Congénitas -----	13
Inflamaciones -----	14
Granulomatosas -----	15
Infecciones Virales -----	16
Dermatológicas -----	17
Inflamación de Glándulas Palpebrales -----	18
Metabólicas -----	19
Neoplasmas -----	20
Lesiones pigmentadas -----	23
Otros Tumores -----	24
Tumores Malignos -----	25
Formas de Tratamiento -----	28
Material - Técnica - Recursos -----	29
Resultados -----	31
Análisis y Discusión -----	39
Conclusiones -----	41
Recomendaciones -----	43
Resumen -----	45
Referencias -----	47
Anexo -----	49

1.

TITULO:

" MASAS PALPEBRALES "

Diagnóstico clínico y Patológico, manejo. Estudio prospectivo de masas palpebrales que no sean Orzuelos ni Chalaziones.

2.

INTRODUCCION:

Con el fin de obtener un estudio sobre las distintas masas palpebrales que no sean Orzuelos ni Chalaziones (muy comunes), se efectuó el presente estudio y se han adquirido ciertos conocimientos básicos y académicos de las diferentes masas palpebrales en las que incluyen desde Nevus hasta Carcinomas, media vez hayan sido motivo de consulta que en alguna u otra forma causan molestia si no funcional al menos cosméticamente.

Con el presente estudio se obtuvo más amplio conocimiento clínico con base a un diagnóstico histopatológico e incluso sobre el manejo de las distintas masas palpebrales, su relación en cuanto a otras variables como lo son la edad, tiempo de evolución y otras. Y si además hubo o no alguna forma invalidante como desfigurante que imposibilite el completo desenvolvimiento Psico-bio-social de la persona. El aspecto físico de presentación está muy relacionado al desenvolvimiento diario y a su relación social, la cual siempre debe ser intachable.

Siendo los párpados de re-elevante importancia para la apariencia física ante los ojos del mundo sin olvidar lo más importante como lo es la salud del Globo Ocular, se ha hecho imperativo y necesario tener un conocimiento más ajustado a la realidad en la presentación de las distintas masas palpebrales para un manejo más apropiado, y dar menos oportunidad de equivocaciones que podrían incluso ser lamentables.

Objetivos Generales:

Tener ciertos criterios de impresión clínica al momento de la primera consulta.

Poder descartar multiples posibilidades en el diagnóstico diferencial, y su proyecto terapeutico.

Conocer una gama de afecciones palpebrales(anomalías congénitas, inflamaciones, neoplasmas) que deben tenerse en cuenta.

Seguimientos de casos para documentarlos y así tener estadísticas propias de éstos casos.

Objetivos Específicos:

Mejorar en lo posible el manejo médico-quirurgico de casos con masas palpebrales que incluso ameritan recurso de otras especialidades de la medicina(Cirugía Plástica, Oncología, etc)

Obtener el Diagnóstico Histopatológico certero en cada caso.

Establecer una correlación clínico-patológica entre el aspecto macroscópico y el diagnóstico final.

Obtener el mejor resultado plástico final con la mínima cicatrización posible.

Protocolar los casos de masas palpebrales y así el médico residente no exagere ni abuse en el manejo rápido de éstos casos.

Mejorar la docencia de profesor-alumno en el momento oportuno para el manejo de las masas palpebrales y su prevención de complicaciones.

Ampliar los conocimientos Oculo-Plásticos, Clínico y Quirurgico de las masas palpebrales más frecuentes que no sean Orzuelos ni Chalaziones.

4. JUSTIFICACIONES:

Debido al alto volumen de pacientes que consultan a diario al Departamento de Oftalmología del Hospital Roosevelt, y para conocer dentro de otras causas de masas palpebrales que no sean Orzuelos ni Chalaziones, se ha hecho el presente estudio propectivo sobre masas palpebrales, correlación clínica - patológica y su manejo, a fin de mejorar la conducta en cada caso por medio de la Revisión de Literatura y su aplicación práctica. También se justifica por el hecho de obtener ciertos parametros de incidencia durante un año de tiempo que se realizó el estudio.

Al mismo tiempo, se intenta que antes de la decisión final de conducta no se tomen a la ligera medidas inadecuadas sin olvidar o tros parámetros básicos del examen oftalmológico completo. A si mismo se busca que con una descripción detallada de un sin número de formas de presentación de las distintas clases de masas palpebrales, se tenga una más acertad impresión clínica de cada caso, y no unicamente se etiquete como " MASA PALPEBRAL " sin tener la inquie tud de un amplio diagnóstico diferencial.

ANTECEDENTES:

(Revisión de Literatura)

Al buscar antecedentes de trabajos similares en nuestro medio, no se encontró ninguno del mismo título y características, luego en revistas internacionales científicas desde el punto de vista oftalmológico, tampoco se encontró estudio similar, por lo que se realiza el presente, con el fin de poner en el tapete de la Investigación el presente estudio sobre masas palpebrales que incluyen una gama amplia de entidades nosológicas de las cuales se hacen una descripción de la evaluación clínica, resumen anatómico, principalmente histológico y luego la descripción detallada de cada posible entidad que se pueda manifestar como MASA PALPEBRAL (13).

Los párpados son partes conspicuas de la cara, y por ello pequeños y minutos cambios patológicos en ellos rápidamente son notados, cuya corrección es de sumo interés para ambas partes (5).

Anatomía:

Al considerar la anatomía palpebral hay que tener en cuenta los pliegues de la piel que son: Pliegues Estáticos
Pliegues Dinámicos (11) (13)

Los párpados son estructuras extremadamente complejas y pueden ser divididos en dos láminas separadas por una baina delgada de Fascia (4), el cual termina en la porción terminal libre del párpado formando la línea gris.

1) Lámina externa: Piel

Tejido subcutáneo

Músculo Orbicular

Márgen libre con pestañas

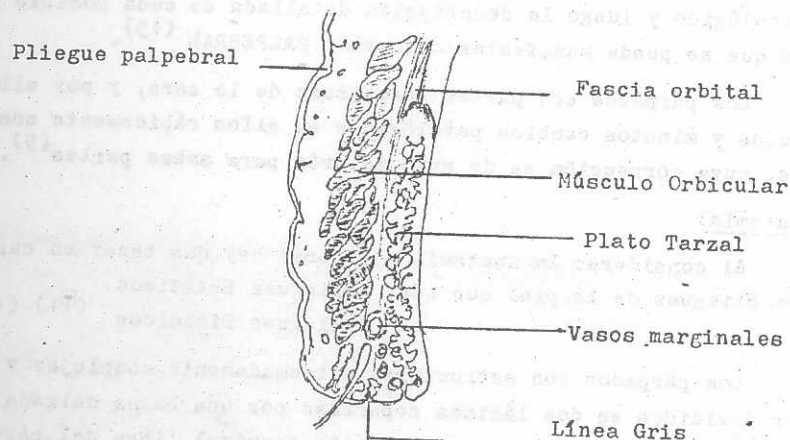
Glándulas Zeis y Moll

2) Lámina Interna: Tarso

Conjuntiva

La piel de los párpados es delgada, muy vascularizada, contiene glándulas sebáceas y de sudor, y fácil puede distorsionarse por sufusiones (hemorragias, edema, etc) (1).

El músculo orbicular es delgado y sus fibras están distribuidas en forma elíptica (1)(11), su inervación está dada por la rama temporal del Facial en la parte superior y por la rama Zygomática la mitad inferior. La irrigación arterial de los párpados es extremadamente generosa, medialmente por ramas de la Oftálmica y temporalmente por la arteria lagrimal y la transversa facial anastomótica cerca de los márgenes palpebrales (11).



Evaluación Clínica Palpebral:

Importantes claves para el diagnóstico de masas palpebrales, son la edad, inicio, nivel de crecimiento, hemorrágico, ulceración, cambios de color, historia previa de malignidad e historia de radiación (1)(4).

Es importante los hallazgos con lámpara de hendidura y la evaluación de los márgenes palpebrales, distorsión de las pestañas. Palpación y ver si son adheridos a planos profundos o a hueso, adenopatía regional para ver si hay metástasis. Restricción de la motili-

dad ocular y proptosis deben ser excluidos si hay compromiso orbital. El estudio fotográfico antes del tratamiento es de valor. Dibujos son de valor y sus relación con el canto y ser anotados que pueden ser de valor pos operatorio (10).

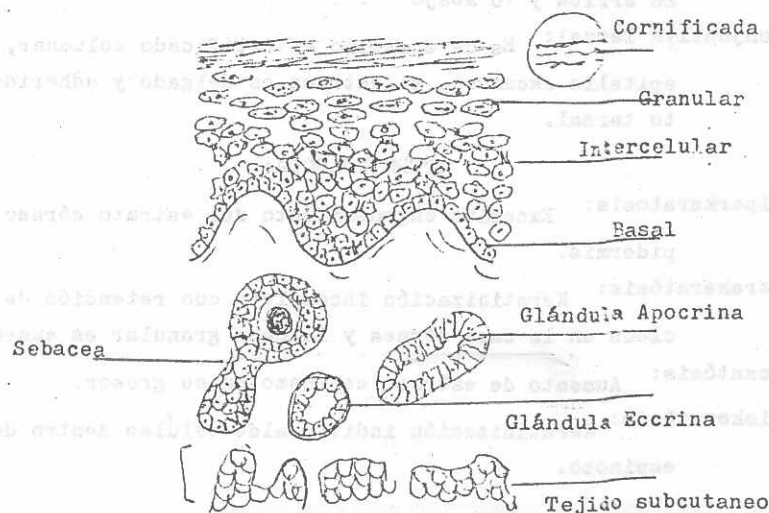
Anatomía Histológica:

Cada párpado es de cuatro capas:

- Piel
- Músculo Orbicular
- Tarzo
- Conjuntiva Tarzal

La unión de piel y conjuntiva es posterior al ducto de las glándulas de Meibomio. La piel es elástica. La capa basal de la epidermis descansa sobre el corion. Las células columnares son. Tienen melanina. Hay capas de células poligonales y forman puentes intercelulares, son derivados de células basales y forman el estrato de Malpigi. Por fuera está la capa granular que es una fila de células planas con gránulos Kerato-hialinos. La más externa es la cornificada sin núcleo.

- Capa basal
- Capa Intercelular
- Epidérmis: Capa Granular
- Capa Cornificada (escamosa)



Las glándulas sebáceas de la piel son Holocrinas. Su secreción es por descomposición celular y se vacían hacia el folículo piloso de las pestañas. El epitelio de los ductos continúa con la epidermis. La porción secretoria es dada por:

1- Células cuboidales secretorias

2- Células cilíndricas pequeñas.

Otras glándulas relacionadas cerca del borde palpebral son las de Moll. Usualmente tienen 2 a 3 filas de pestañas y no tienen músculo erector. El corion o dermis es escaso y delicado:

Colágeno

Elástica

Dérmis: Reticular

Nervios

Vasos

Tejido Celular Subcutáneo: Es escaso y de muy poca grasa.

Orbicularis: Forma de baina elíptica, de fibras estriadas, insertado a tarzo y piel, más profundo a él está el músculo de Müller (liso).

Tarzo: Plano y rígido, de forma semilunar, es de tejido colágeno, denso y fibras elásticas. Contienen glándulas de Meibomio, 28 arriba y 18 abajo⁽⁴⁾.

Conjuntiva Tarzal: Es de epitelio estratificado columnar, islas de epitelio escamoso, el estroma es delgado y adherido al plato tarzal.

TERMINOLOGIA:

Hiperkeratosis: Excesivo engrosamiento del estrato córneo de la epidermis.

Parakeratosis: Keratinización incompleta con retención de los núcleos en la capa córnea y la capa granular es ausente.

Acantosis: Aumento de estrato espinoso en su grosor.

Diskeratosis: Keratinización individualde células dentro del estrato espinoso.

Acantólisis: Es la separación de células epidermales por disolución o degeneración de los puentes intercelulares.

Bulla: Es un espacio lleno de fluido dentro o debajo de la epidermis.

Atrofia: Adelgazamiento de la epidermis con disminución de los puentes intercelulares.

Célula Atípica: Alteración del radio Nucleo-Citoplasma en favor del núcleo.

Polaridad: Es el arreglamiento de las células epiteliales⁽¹⁾ (4).

ATROFIA SENIL: Por adelgazamiento y pérdida de la elasticidad del corion. Hay degeneración basófila y grandes masas de fibras degeneradas (elastosis).

BLEFAROCALASIA: Atrofia de la piel y epitelio delgado. La Grasa orbital puede prolapsarse por relajación de ligamentos del septum y ligamentos tarzales.

Anomalías Congénitas:

Hay varias formas de presentación clínica palpebral que merecen tener un concepto:

QUISTE EPIDERMÓIDE: Lesiones quísticas superficiales o profundas, que tienen epitelio escamoso, células cornificadas. Ausencia de contenido sebáceo.

MILLIUM: Como pequeñas elevaciones en la piel, blanco, redondas, a menudo presentes al nacimiento y de folículos dilatados. No presentan inflamación, no síntomas⁽¹⁰⁾, contienen queratín y están en la dermis⁽¹²⁾.

QUISTE DERMÓIDE: Bastante común, ocurre entre la frente y la nariz, a menudo adherido a hueso, y cerca del canto interno. Su contenido puede ser claro, oleoso o sólido, su pared fibrosa de epitelio plano con apéndices dérmicos. Tienen células epiteliales, pelo, grasa y colesterol, incluso pueden osificarse.

DISTRIQUIASIS: Consiste en una línea extra de pestañas mal dirigidas y cuyo defecto primario es de las glándulas lagrimales que son más pequeñas que lo normal, incluso ausentes o raras. Las de Moll usualmente son hipertróficas. Los Tarzos rudimentarios o ausentes. Asociado a ectropión o pequeña fisura palpebral.

ANKIOBLEFARON: Consiste en una densa adhesión del párpado al canto interno, llamado también Ankioblefarón Filiforme Adnatum.

PTOSIS CONGENITA: Condición hereditaria, músculo elevador pobre. El recto superior puede estar afectado. Hay una serie de casos en la que el elevador es sin músculo estriado.

XERODERMA PIGMENTOSA: Caracterizado por sensibilidad a la luz, con áreas de depigmentación y parches de piel atrófica. La capa basal se pigmenta. Hay hiperkeratosis y edema de la dérmis con infiltración perivascular inflamatoria. Mas tarde hay atrofia de la piel con acantosis y disqueratosis. Finalmente epitelomas escamosos y basales, incluso melanomas pueden haber.

Inflamaciones: Muchas de éstas pueden dar el aspecto de masa palpebral, principalmente si son severas:

DERMATITIS: Se presenta con edema y exudación, formación de vesículas y otros cambios sin necrosis - ulceración.

CELULITIS: Es la dispersión difusa de pus en los tejidos⁽⁴⁾, puede afectar las dos capas, es decir, piel, tejido celular subcutáneo y tarzo. Hay infiltración de polimorfonucleares. Edema masivo, formación de abscesos. Puede extenderse a la órbita.

BLEFARITIS: Hay dos tipos que son: Seborreica e Infecciosa.

La Seborreica: Se presenta como engrosamiento del borde palpebral e hiperemia con acantosis y descamación con infiltración linfocítica. Generalmente hay seborrea de otras partes del cuerpo. Se encuentran estafilococos y *Ptyrosporum Ovale*, pero no se sabe su relación.

La infecciosa: Es debida a *Estafilococo* que invade los folículos de las pestañas dando abscesos foliculares que se rompen y pueden dar úlceras. Orzuelos y Chalaziones son secuelas comunes. Clínicamente hay pérdida de pestañas, hiperemia, edema, engrosamiento y exudado de fácil sangrado, con infiltración linfocítica y distorsión de los párpados⁽¹²⁾.

IMPETIGO: Lesiones vesiculosas y pustulosas que evolucionan a úlceras. Forma especial, el impetigo bulloso con cierta predilección a los párpados. Hay migración de leucocitos y polimorfonucleares. Agentes etiológicos: *Estreptococo* y *Estafilococo*.

GRANULOMA PIOGENO: Masa protuberante de alta vascularización y tejidos de granulación. Cubierto parcial o totalmente de epitelio, pero no invade tejidos profundos. Son de color rojizo con tendencia a sangrar y puede confundirse con hemangiomas. Su causa son lesiones, e infecciones.

Inflamaciones Granulomatosas:

Muchas son debido a cuerpos extraños. Ejemplo Chalaziones (Lipogranulomas), otras causas son (vegetales-pelos-insectos)

SARCOIDE: Células gigantes y epiteliales en Corium (Boeck's). En tejido celular subcutáneo (Darier Roussy), forman tubérculos cubiertos de linfocitos y células plasmáticas. Cuerpos asteroides y cuerpos de Shuaumman y cristales de calcio birrefringentes pueden tener.

SIFILIS: Pueden afectar en cualquier estado. Producen úlceras de margen indurado, úlcera con costra. Exantema macular, papular o postular. Los gomas pueden afectar los tarzos y piel (tarsitis).

TUBERCULOSIS: Llamado también Lupus Vulgaris y es una acumulación de tubérculos pequeños con Bacilo de Kooch. Ulceración y costra en el centro del area afectada. Destrucción y ectropión cicatrizal.

LEPRA: Predilección neural. Neuritis intersticial crónica con destrucción nerviosa y proliferación de fibras. Placas eritematosas y

edema local con parches depigmentados. Lagofthalmos, caída de cejas y pestañas. Entropión y ectropión con lesión tuberculoide es rara en párpados. Histológicamente contienen Tuberculoide con células epitelioideas, invasión y destrucción de nervios. No hay neurosis. Lepromas rojos elevados y nódulos. Ocurre infiltración en la dérmis con histiocitos.

HONGOS: Blastomycosis (Gilchrist's disease)⁽¹²⁾, y son placas verrucosas y ulceración con microabscesos periféricos. Hiperplasia de la epidermis. Ectropión. Sporotricosis: Localizado al párpado con micro abscesos y tejido de granulación. El Diagnóstico es por cultivo en saburó. Otro son los Actinomicos que es gran positivo, con focos de supuración.

PROTOZOOS: Por la Leishmaniasis cutánea. Hay infiltración linfocítica, células plasmáticas y epitelioideas. Otros son los nemátodos que muchas veces pululan en los párpados.

Infecciones Virales:

VACCINIA: Generalmente por autoinoculación con formación de vesículas y pústulas. Hay marcada proliferación de células epiteliales, e inclusiones citoplásmicas eosinófilicas (cuerpos de Guarnieri).

HERPES S - Z : Cuadro idéntico al de Vaccinia. Tiene vesículas intra epidérmicas con marcada degeneración de células epiteliales.

MOLLUSCO CONTAGIOSO: Causado por un virus del grupo Pox⁽⁴⁾. Aparece como nódulo elevado, redondo de centro umbilicado⁽¹⁴⁾ y amarillento. Hiperplasia papular de superficie y borde palpebral, incluye epidermis, amenudo afecta margen palpebral de niños. Pueden drenar material como queso, amenudo múltiple. Da una conjuntivitis folicular crónica. Histológicamente hay acantosis, hiperplasia de la epidermis infectada, degeneración de células epiteliales, cuerpos celulares de Mollusco⁽¹²⁾ grandes con inclusiones citoplásmicas, que son homogéneas y eosinófilicas. Pueden producir conjuntivitis folicular y Keratitis superficial⁽¹⁴⁾.

PAPILLOMA Más comunes 34%⁽¹⁰⁾, es una proyección irregular de piel con un pedículo vascular central. Histológicamente hay aumento del grosor de la dérmis papilar y redundante de tejido epitelial con polaridad normal y ay cinco clases:

- 1) Verruga vulgaris
- 2) Nevus Verruga
- 3) Keratosis seborreica
- 4) Keratosis actínica
- 5) Acantosis negra papovavirus

VERRUGA: Lesión dura, elevada, papilomatosa, plana o sólida. Suave y puede ser pigmentada. La vulgaris en cualquier parte del cuerpo. Verruga plana en cara y dorso de manos. Verruga plantaris en palma de los pies. Condiloma acuminado en glánde del pene, mucosas de genitales femeninos y alrededor del ano⁽¹⁴⁾. Histológicamente hay proliferación papilar, acantosis, hiperqueratosis y paraqueratosis. Células grandes vacuoladas en la capa granular con cuerpos de inclusión basófilos.

TRACOMA: Afecta más conjuntiva, pero aveces todo el párpado. Pto-sis, edema y engrosamiento de los párpados. Hay infiltración perivascular difusa de linfocitos y células plasmáticas. Glándulas tarsales pueden estar afectadas, pueden dar miositis del orbicular. Estado cicatrizal curva el tarzo (entropión y triquiasis)⁽¹²⁾.

Dermatológicas:

DERMATITIS DE CONTACTO: Una sustancia alergénica o irritante aplicada a la piel delicada de los párpados. Cosméticos, atropina y epinefrina. Edema, eritema, costra y vesículas con infiltración linfocítica. El estadio crónico da descamación, acantosis, hiperqueratosis y cornificación. Edema del corium.

LUPUS ERITEMATOSO: Tipo discoide afecta párpados en forma de parche. Los parches de eritema e infiltración azul pálida. Descamación y atrofia irregular, engrosamiento de la capa granular, liquefacción de la capa basal, atrofia del estrato de Malpighi, degenera-

ción de los folículos pilosos y perivasculitis linfocítica. El tipo diseminado, afecta párpados con edema y los cambios son más difusos. Degeneración fibrinoide de la colágeno en la dérmis superficial⁽¹²⁾.

ESCLERODERMA: La Sistémica: da edema y eritema que incluye párpados, seguido de induración e hipertrofia de la piel que se pone lisa y blanco ceniza. Los pliegues se aplanan. La musculatura facial se atrofia. La Localizada: (Morfa) da áreas de piel café o violeta que más tarde se ponen blancas por atrofia. Los párpados son afectados si la frente es incluida. Esta variedad es benigna. Al inicio sólo hay células inflamatorias alrededor de los vasos del corium. Más tarde hay degeneración de fibras colágeno y luego atrofia con los vasos adelgazados y fibróticos. La condición probablemente inicia en la grasa del tejido subcutáneo^{(12) (14)}.

DERMATOMIOSITIS: Los párpados pueden ser el sitio primario. Hay edema y eritema circunscrito. Cara - cuello - y - brazos son el sitio primario principal. Dolor, debilidad y finalmente atrofia muscular. Histológicamente el cuadro es de una dermatitis inespecífica en fase activa. Más tarde las fibras de colágeno se hacen homogéneas, engrosadas y las fibras musculares muestran inflamación y degeneración⁽¹²⁾.

Inflamación de Glándulas Palpebrales:

- ORZUELOS:**
- Externos:** Resultan de inflamación purulenta aguda de glándulas superficiales de sudor y sebáceas y de los folículos pilosos de los márgenes palpebrales. Común complicación es blefaritis a estafilococo. Edema doloroso y localizado. A veces drena cerca del borde palpebral. Histológicamente hay foliculitis purulenta y perifoliculitis. Zeis y Moll si son afectados se desarrolla cellulitis. Finalmente absceso con necrosis de la piel y drena.
 - Internos:** Inflamación purulenta aguda de las glándulas de Meibomio del plato tarzal. Lesión con edema, rubor y calor.

CHALAZION: Inflamación crónica de las glándulas de Meibomio o Zeis, forma un nódulo duro y poco doloroso con evolución lenta. Inicia con engrosamiento del tarso que se hace visible. Poca inflamación, si drena a conjuntiva toma aspecto de masa polipoides y forma un granuloma piógeno. Puede haber en los márgenes palpebrales. Histológicamente: Se debe a una extravasación de material lipídico con reacción granulomatosa a cuerpo extraño encapsulada⁽⁴⁾. Gránulos focales y grasa de las glándulas sebáceas y células epitelioides, linfocitos y células plasmáticas. Pueden encontrarse cristales y asteroides. Pueden tener cuerpos de Schauman, no específicos. Muchas veces se pueden confundir con carcinomas, por lo que en caso de recidiva, está indicado su estudio histopatológico.

Enfermedades Metabólicas:

XANTELASMA: Lesiones en forma de placas amarillentas. Afecta mujeres 5ta década y nivel de colesterol normal. Parches múltiples plano amarillentos, irregulares, inician en canto interno del párpado superior, luego del inferior y luego lateral. Son benignos. Histológicamente hay acúmulos de material lipídico, histiocitos lipoidales alrededor de vasos, piel y tejido celular subcutáneo. No necrosis, ni reacción inflamatoria⁽¹²⁾⁽¹⁴⁾.

XANTOGRANULOMA JUVENIL: Lesiones cutáneas amarillentas con diámetro de pocos milímetros a 1.5 Cms, ocurren en grupos o solitarios y pueden regresar espontáneamente. Nódulos en la cabeza, cuello y conjuntiva y párpados, órbita e iris. Muchas lesiones ocurren a poca edad, usualmente abajo de un año de edad. Histológicamente hay reacción granulomatosa difusa con histiocitos, células poligonales con grasa en corium y células gigantes de Touton. Exceptuando las lesiones del iris, son lesiones benignas regresivas⁽¹²⁾.

AMILOIDE: Amiloidosis familiar primaria. La Sistémica da opacidades del vitreo como hallazgo más importante, pero equimosis palpebral, protosis, parálisis ocular, keratitis neuroparalítica y glaucoma. La localizada o nodular afecta piel y conjuntiva. Tipo de

degeneración hialina, una glicoprotéina es depositada en tejido afectado. Histológicamente hay amiloide en todas las capas, simulan una reacción a cuerpo extraño. Depósitos hialinos libres en el tejido conectivo. Amiloide es creído sea compuesto de una variedad de inmunoglobulina.

CALCIUM: Calcificación distrófica puede ocurrir en tarzos secundaria a inflamación crónica, trauma, irritantes o cuerpos extraños.

Hay tres tipos: 1 Calcinosis metastásica.

2 Calcinosis distrófica.

3 Calcinosis subepidermal.

La tipo tres es la que se manifiesta con nódulos duros, elevados, y pequeños, ocasionalmente presentes al nacimiento. El calcio aparece como gránulo azul o púrpura generalmente en la dérmis superior.

COMEDON: Area negra en el sitio del folículo pilosebáceo. Su causa es oclusión del orificio folicular y contienen debris Keratótico.

Neoplasmas:

QUISTE SUDORIFICOS: En el margen palpebral, llenos de líquido claro y resultan del bloqueo del ducto excretos de Moll. Son limitados por dos o más placas de células cuboidales y circundados por una capsula de tejido conectivo.

QUISTE SEBACEO: De las glándulas de Zeis o de Meibomio son raros.

También de las glándulas de sebo asociadas a la superficie del párpado y cejas. Variedad de lesiones obstructivas. Cubiertos de epitelio escamoso y llenos de material sebáceo y keratín. Más frecuentemente donde hay muchos folículos pilosos. Se caracterizan por lesión tumoral elevada blanco amarillenta, con consistencia suave gomoso. Están en tejido celular subcutáneo y son adheridos a piel por el ducto sebáceo. Su cápsula de tejido conectivo denso sin Keratinización. Llenos de masa grasosa o aceitosa. Calcificación puede ocurrir.

KERATOSIS SEBORREICA: (Papilloma basal - Verruga senil). Es muy

frecuente. Excrecencia superficial café con excesiva Keratina de color café oscuro bien circunscrito. Hay acantosis. Ni inflamación aunque lo puede haber. Histológicamente tiene una configuración papilomatosa. Hay proliferación de células basales con mucho pigmento. Puede confundirse con melanomas y epitelomas de células basales o escamoso.

KERATOSIS SENIL: Lesión benigna con tendencia a formarse en carcinoma escamoso. Generalmente pigmentada, circunscrita, algunas veces elevada, a veces aparece como cuerno cutáneo⁽¹⁰⁾. Histológicamente tienen epitelio acantótico - disqueratótico e hiperqueratótico. Papilas dérmicas pueden infiltrarse por células inflamatorias. Afecta a ambos sexos por igual⁽¹²⁾.

PAPILLOMAS: Tumores benignos. Sésiles y pedunculados. Consisten en procesos como cuernos cutáneos⁽¹⁰⁾. Toman la forma como dedo y son de tejido conectivo vascularizado cubiertos de epitelio escamoso hiperplástico. La membrana basal permanece intacta.

EPITELIOMA BENIGNO: Desorden activo de la epidérmis con proliferación rápida de epidermoides o células escamosas y crean un nódulo keratótico irregular, clínicamente crecen rápido. Afecta adultos jóvenes con predilección por las mujeres. También afecta párpados superiores. Compuesto de células necróticas y epiteliales. Pueden simular un Carcinoma Invasivo. Se origina de la matriz celular de los folículos pilosos. Puede ocurrir en bordes periféricos de quemaduras, úlceras. Calcificación y reacción a cuerpo extraño puede estar presente⁽¹⁰⁾.

KERATOACANTOMA: (Mollusco sebáceo) benigno. Lesión solitaria de rápido crecimiento de 2 a 8 semanas llega a crecimiento máximo 1 a 2 cm. Es una forma específica de hiperplasia pseudo epiteliomatosa con crecimiento rápido con una úlcera distintiva con cráter central lleno de Keratina y circundada de márgenes hiperkeratóticos. Usualmente ocurre en áreas expuestas al sol en pacientes de edad media y viejos. Anormalidad mecánica y cosmética concierne al paciente⁽²⁾.

Exponatánea regresión puede ocurrir, toma la forma de mollusco contagiosos. Histopatológicamente lo que ocurre es acantosis con polaridad normal. La lesión toma la forma de copa de pared gruesa con queratina central. Acantosis es aumento del estrato espinoso o capa escamosa de la epidermis (12).

KERATOSIS FOLICULAR INVERTIDA: Tumor epidermal de células Baso - es camosas, acantoma baso-escamoso o Keratosis seborreica irritativa. Generalmente muestra una configuración papilomatosa y se presenta como lesión solitaria papilar o nodular de la superficie de la piel y su nombre es por su configuración invertida al mollusco y al Kera to acantoma. Histológicamente se parece a la Keratosis seborreica superficial con colección de células escamosas frecuentemente con un centro Keratinizado que simula perlas (12) (14).

TRICOEPITELIOMA: Lesiones en forma de nódulos amarillentos. Aspecto de células escamosas quísticas. Benigna. Originada de folículos pilosos. Son de Keratina demarcados por una capa de células basales. La lesión es usualmente umbilicada. Ocurre en cara (10). Llamado también Tricofolículo.

ADENOMA SUDORIPARO: Llamado quiste ductal de los párpados y ocurre por oclusión del ducto de una glándula lagrimal. Son poco frecuente y benignos. El párpado inferior más que el superior y se presenta como una pequeña placa u hoyuelo. Traslucentes. Histológicamente tienen doble capa de epitelio (mioepitelio la externa y cuboidal la interna (12).

ADENOMA SEBACEO: Benigno. De las glándulas de Meibomio en tarso y también de Zeiss asociada con folículos pilosos de la superficie de las cejas o de los párpados. Hay multiplicación de células de glándulas sebáceas. El ducto central es ausente. Pueden ser localizados y agudos. La cavidad quística contiene material amorfo eosinofílico. El quiste posee puentes intercelulares no claros con células dispuestas en empalizada y células edematosas y sin bordes distintivos. La ruptura de una pared del quiste resulta en una reacción granulomatosa, a cuerpo extraño del tejido adyacente.

Lesiones Pigmentadas

Los melanocitos epiteliales pigmentados son derivados del neuro epitelio o de las capas de la copa óptica. Dentro de los tumores melanóticos de la piel de los párpados están:

EPHELIS O FRECKLE: Mácula circunscrita de color café, normalmente encontrada en áreas expuestas al sol. El color es por un aumento de pigmentación en la capa de células basales de la epidermis. El pigmento es (melanina) derivado de la hiperactividad de los melanocitos. Los melanocitos son pocos, pero más grandes y muy activos.

LENTIGO: Léntigo similar al ephelis, pero puede ser más grande y se encuentra en áreas no expuestas al sol, usualmente en viejos. En adición a la hiperpigmentación de células basales del epitelio, hay un aumento de células melanocíticas. La lesión es plana, café o negra que aparece primariamente en la cara y párpados (14).

NEVUS: Lesión bien marcada, o plana o elevada. Puede ser pigmentada de nacimiento o no, pigmentándose hasta la pubertad en adulto joven. Es un tumor hamartomatoso (14), compuesto de células nevi, y son atípicas pero de apariencia benigna melanocitos dérmicos.

Hay cinco tipos de Nevus:

- 1 Junctional.
- 2 Intradermal.
- 3 Compuesto.
- 4 Azul.
- 5 Melanosis Oculodérmica Congénita (Nevus de Ota)

NEVUS JUNCTIONAL: Lesión plana circunscrita, y tiene uniforme color café. Localizados en la unión de la epidermis con la dermis. Es de bajo potencial maligno. Hay pérdida de cohesión de las células basales.

INTRADERMAL: Son más comunes. Generalmente es elevada y de forma papilomatosa. Localizado en la dermis. Si tiene pelo es intradérmico y son importantes por que no son malignos. El color puede ser

de café o negro, sin embargo son de color más suave. Notienen células inflamatorias. Separado de la epidermis por una delgada capa de tejido conectivo. Se puede extender al tejido celular subcutáneo.

COMPUESTO: Combina elementos dérmicos y Junctionales y son usualmente son de color café. Es más común que el Junctional. Histológicamente y superficial se parece al melanoma maligno, pero biológicamente es benigno. Tiene bajo potencial maligno. El melanoma maligno se origina del Junctional. El componente dermal muestra polaridad normal.

AZUL: Lesión igeramente elevada de azul a gris ligero. Aparece al nacer o poco después. No cambia de tamaño. Histológicamente: Hay acumulación de melanocitos en la dermis profunda. Células son ovoides y muy pigmentadas. Es de bajo potencial maligno.

MELANOSIS OCULODERMICA CONGENITA: (Nevus de Ota) Puede ser considerada como un tipo de nevus azul de piel de párpados, órbita y cejas asociado con un nevus de conjuntiva y úvea. El curso clínico es benigno (10) (12) (14).

OTROS TUMORES:

NEUROFIBROMATOSIS: Masas y agrandamientos de párpados en forma de cordones racemosos. Proliferación de Schwan y tejido conectivo. Tumor solitario puede ocurrir (SCHWANOMA, NEURILEMOMA) bien circunscritos, encapsulados amenudos. El tumor es de arreglo paralelo y núcleo largo. Fibroma - Lipoma - Condroma - Osteoma son muy raros en los párpados. Un mioblastoma puede originarse del músculo orbicular y no hay tratamiento conocido (10) (14).

HEMANGIOMA: Hamartomas congénitos (Nevus Flameus). Son de color rojo oscuro o azul. Consiste en capilares dilatados y venas en la dermis. Usualmente estacionarios y no cambian de tamaño. Generalmente siguen la distribución del Trigémino. Glaucoma puede asociarse. Otro es el hemangioma meningeo (Sturge Weber) (3) (10).

HEMANGIOMA CAPILAR: Es la más común de los párpados (10). Son lige

ramente elevados, suaves rojos. Consisten de células endoteliales, que pueden formar un cordón sólido o numerosos capilares. Los vasos se obliteran y el tumor se encoge. Pueden sufrir regresión o por el otro lado pueden sangrar.

HEMANGIOMA CAVERNOSO: Son más grandes que los anteriores, suaves, subcutáneos, superficiales elevados. Las cavidades encapsuladas llenas de sangre están cubiertas de endotelio. Esclerosis puede ocurrir, frecuentemente son mixtos.

HEMANGIOSARCOMAS: Sarcoma hemorrágico de Kaposi. Son muy raros y su diagnóstico es Histológico.

LINFANGIOMAS: Los de cara o de órbita pueden incluir a los párpados en forma de masas palpebrales. Son congénitos, leve progresivos, sangran fácilmente y pueden confundir el diagnóstico. Son masa de linfáticos dilatados en la dermis.

TUMORES MALIGNOS:

El tratamiento apropiado de las masas palpebrales hace necesario establecer el diagnóstico exacto, y éste es sólo Histológico (15). Más del 75 % son benignos; muchos de ellos son keratosis, nevus, así como lesiones inflamatorias.

Los carcinomas de los párpados son de variedad histológica y clínicamente de la variedad de la cara. Sin embargo tienen predilección por el borde del párpado inferior (9) (15). De los carcinomas de la cara el de la nariz tiene el primer lugar, el segundo lugar es en los párpados, y de éstos el inferior es el más frecuente.

Tipos de Tumores Epiteliales Malignos:

- 1 Basal:
 - a. Anexas
 - b. Carcinoma
- 2 Escamoso:
 - a. Intraepitelial (Bowen)
 - b. Epidermoide.

Los carcinomas de piel ocurren en personas entre 50 y 55 años,

con mayor incidencia en hombres. El Carcinoma de células basales es el más común y es el 90 % de los carcinomas, y cerca del 20 % de los tumores palpebrales en general (15).

EPITELIOMA DE CELULAS BASALES: Su incidencia es del 85% al 95%. La prolongada exposición al sol lo predispone. Raro en niños (15). Es el tumor maligno más común, y es el sitio más común. Más del 90% de todos los epitelomas (1) (6). Más frecuente en el párpado inferior anivel del canto interno. Luego el canto externo. Aparece como pequeño tumor nodular con vasos dilatados. El nódulo crece lento y finalmente se ulcera rodeado por margen elevado y perlado. Amenuado contiene melanina. Algunos se hacen invasivos, pero no metastáticos y en éste estadio avanzado pueden proliferar como coliflor y destruir el párpado. Las células parecen del epitelio basal con nucleo denso y citoplasma escaso de apariencia uniforme y con basófilos. Inflamación y proliferación de tejido conectivo circulan el tumor. Ocasionalmente es superficial. Puede aparecer como quiste en el area central. Metaplasia escamosa y keratinización puede tener. Pueden simular un chalazión por lo que diferenciarlo es importante (12). Hay dos formas, otro es el MORPHEA, que es más agresivo (7). Resección quirúrgica es el tratamiento de elección, ofrece cura y excelente resultado cosmético (1)(9)(15). Mortalidad 3% (7)(1).

CARCINOMA DE MEIBOMIO: Se origina de las glándulas de Meibomio o de Zeis. Puede confundirse con un Chalazión. Son de alta malignidad, potencialmente letales (1)(9), usualmente ataca en la década de los 50 años (1). Crecimiento lento, lesión - blanco amarillenta en la porción tarzal. Inician como Chalazión (9). Luego producen una masa nodular o lobulada. Metástasis puede ocurrir (9). Las células están dispuestas en bainas o cordones sólidos. Las células son grandes con abundante citoplasma vacuoladas con lípido y areas necróticas (14).

OTROS ADENOCARCINOMAS: Malignos de Zeis y son raros. Parecen un Chalazión marginal (14). Son carcinomas de glándulas sebaceas. Los de Moll son raros. La lesión principal es como un epiteloma. Son lesiones solitarias.

EPITELIOMA ESCAMOSO: Típicamente afecta a viejos, más comunmente afecta el borde palpebral inferior. Menos del 5 % (12). Epidermoide es raro, pero más agresivo. El diagnóstico diferencial es de un Kerato-acantoma, Keratosis folicular epiteliomatosa. Las verdaderas dermatosis precancerosas son:

Keratosis senil
Xeroderma pigmentosa
Radiación

Se parece al epiteloma basal, ataca areas expuestas al sol y primero da keratosis actínica (1). Produce un Shagreen perla. Metastatiza a los nódulos linfáticos regionales y aparece como una úlcera granular de base roja tiene borde elevado y duro. Histológicamente se compone de células espinosas pleomórficas, atípicas, perla epiteliales. Las células son concéntricas y keratinizadas. Si el tumor crece rápidamente las células se indiferencian.

MELANOMA MALIGNO: Puede originarse de un nevus Junctional o nevus mixto. La pigmentación varía. Son muy raros (1), representan menos del 1% de todos los tumores del ojo (1).

Hay tres clases: 1 Léntigo maligno 10 %
2 Superficial 80 %
3 Nodular 10 %

Aparecen como nódulo pigmentado, da metástasis regional o a distancia. Recurre localmente. Si el melanoma invade epitelio y dérmis, es clasificado como maligno. El pronóstico es pobre el del párpado que el de conjuntiva. Histológicamente: Hay células grandes, pleomórficas, de núcleo grande y nucleolo prominente. No se ven células maduras, mitosis puede o no ocurrir en niños.

El pronóstico: Para el superficial es de 75 % promedio de vida.

Para el profundo, que es la mayoría de melanomas, el promedio de vida oscila entre 10 y 39 % (10) (14).

LIPOMA: Lesión simétrica bilateral. Ambos párpados amenudo afectados. Se asocia a lesiones similares de conjuntivas, órbita y glándula lagrimal y salival. Linfocitos con células reticulares y plasmáticas.

ticas. Son benignos. La mayoría de pacientes tienen fórmula hemática normal. En algunos puede encontrarse leucemia. El diagnóstico diferencial incluye: - Hodgkin.

- Sarcoma de células reticulares

RABDOMIOSARCOMA: Este ocurre en el tejido celular subcutáneo y es más en niños durante la primera década.

METASTATICO: Es muy raro en párpados. El principal es el carcinoma de mama (10). Otros son el del tracto Gastro Intestinal y el de Riñón como sitios primarios.

FORMAS DE TRATAMIENTOS:

La cirugía es el tratamiento de elección. Biopsia Excisión lo ideal y biopsia por congelación en caso de tumores con alta sospecha de malignidad, hasta dejar libre los bordes quirúrgicos (9)(11)(15)(17). Todas las excisiones ameritan algún tipo de reconstrucción plástica y así obtener buenos resultados tanto funcionales como cosméticos sin desfiguración del paciente, para lo cual hay múltiples técnicas y formas de abordajes que no corresponden al presente trabajo.

Otras formas de tratamiento son:

1. **CRIOTERAPIA**, produciendo muerte celular a -30°C . La recurrencia es alta y depigmenta la piel (7).
2. **RADIACIÓN:** Algunos carcinomas de los párpados pueden ser destruidos, sin embargo muchas son radio-resistentes, y por lo tanto sólo debe hacerse paliativa (8)(14)(15) (9).
3. **CAUTERIO:** Poco usado, pero se emplea en casos de verrugas palpebrales de tamaño menor.
4. **ESTEROIDES:** Infiltrados localmente (Kenacort y Prednisona) en casos de hemangiomas

En muchos casos el tratamiento completo requiere de la combinación de dos, como por ejemplo, Cirugía previa a Radiación que es lo más común. Generalmente se prefiere primero la Cirugía antes que la Radiación para obtener mejor cicatrización (1) (13)(17).

6.

MATERIAL - TECNICAS * RECURSOS

Para el presente estudio propectivo, se tomaron pacientes con Masas Palpebrales excluyendo las orbitales, que consultaron al Departamento de Oftalmología del Hospital Roosevelt en el período de un año (1988). Se les llenó una ficha de recolección de datos siguiendo todos los pasos que en ella se indica (ver anexos) hasta su evaluación final para cumplir de lleno con todas las variables.

A todo paciente con masa palpebral, se lleno su ficha, anotando todos los procedimientos efectuados, luego se envió a patología la masa palpebral excindida para su estudio histopatológico, control inmediato y tardío a tres meses de los casos. Y por último el resultado subjetivo de los pacientes. Tabulando finalmente las variables necesarias para el estudio.

Y como recursos para el estudio se contó con la biblioteca de la Universidad de San Carlos, de Guatemala, post grado de Oftalmología.; Sala de cirugía Menor del Hospital Roosevelt, Oftalmología; Laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital Roosevelt; Consultorio externo y Encamamiento del mismo. Biblioteca personal. Sala de operaciones de Oftalmología, Hospital Roosevelt.

Se contó con los residentes del posgrado de Oftalmología de la Universidad de San Carlos de Guatemala en su fase de aprendizaje, llenando todos los datos de la ficha que ahora pasa a ser la ficha para pacientes con problemas oculoplásticos.

7.

RESULTADOS:

Cuadro No. 1

<u>Sexo:</u>		<u>Edad:</u>	
Hombres	- - - - 15	0 a 10 años	- - - - 2
Mujeres	- - - - 15	11 a 20 años	- - - - 2
		21 a 30 años	- - - - 1
		31 a 40 años	- - - - 4
		41 a 50 años	- - - - 3
		51 a + años	- - - - 18
TOTAL		Total	30

Cuadro No 2

<u>Procedencia:</u>		<u>Ocupación:</u>	
Ciudad Capital	 8	Ama de casa	 14
Jutiapa	 6	Agricultor	 6
Sacatepequez	 3	Estudiante	 3
Escuintla	 2	Albañil	 2
Petapa	 2	Molinero	 1
Zacapa	 1	Carpintero	 1
Chiquimula	 1	Mecánico	 1
Izabal	 1	Comerciante	 1
Pinula	 1	Infante	 1
Villa Canales	 1		
Huehuetenango	 1	Total	30
Sanarate	 1		
Suchitepequez	 1		
Quiché	 1		
Total	30		

Cuadro No. 3

Motivo de Consulta:		Tiempo de Evolución:	
Masa palpebral	22	0 días a 30 días	3
Lunar o nevus	4	1 mes a 6 meses	7
Tumoración	2	7 meses a 1 año	8
Ulceración	1	un año a más	9
Granito	1	Nacimiento	3
Total	30	Total	30

Otras variables: Antecedentes

Tratamientos Previos

Cuadros previos:

"Sólo el caso que consultó por ulceración había sido operado por el mismo cuadro. En todos los demás fué negativo.

Cuadro No. 4

Agudeza Visual:	
20 / 20	25 casos
20 / 50	1 Merckeloma
20 / 70	1 Cataratas
20 / 100	1 Cataratas
20 / 70	1 Glaucoma Primario
20 / 200	1 Cataratas.
Total	30

Otras Variables: Motilidad Ocular

Normal

PUpilas

Cuadro No. 5

Forma-Apariencia, Localización y Tamaño de las MASAS PALPEBRALES

Caso	Masa quística	Angulo lateral OS	1 Cm diámet.
2	" pigmentada	1/3 medio párp inf OS	0.2 Cm "
3	" Fluctuante rojiza	1/3 lat-y-med p s OS	1 Cm "
4	" Verrucosa	1/3 ext p i OS	0.5 Cm "
5	" pigmentada	1/3 medial p i OD	0.7 Cm "
6	" Nevus que sangra	1/3 medio p s OD	1 Cm "
7	" pigmentada	Angulo lateral OD	1.2 x 0.8 Cm
8	" Verrucosa elevad	1/3 medio p s OD	0.3 Cm "
9	" Nodular Vascular	1/3 medio p s OS	0.5 Cm "
10	" Quística traslúci	1/3 externo p i OS	0.4 Cm "
11	" roja infiltrati	Todo parp super OS	Todo párpado
12	" quística	1/3 lat y 1/3 p i OD	0.2 y 0.4 Cm
13	" pediculad-verruc	1/3 lat p s OD	0.5 Cm diámet.
14	" traslúcida	1/3 medio y l p i OD	0.5 Cm "
15	" ulcerad pigmenta	80% p s OD	80 % parp Sup
16	" quística superfi	1/3 medio p s OS	0.5 Cm diámet
17	" quística	1/3 exter p s OD	0.6 Cm "
18	" quístic-bilobulad	1/3 exter p s OD	0.7 Cm "
19	" sangrannte	1/3 exter p i OS	1.2 x 0.5 Cm
20	Ulcera pigmentada	1/3 exter p i OD	1 Cm "
21	Lesión Azulad-keratiniz	1/3 medio p i OD	0.5 Cm "
22	Masa Keratótica perlad	1/3 medio p i OS	0.5 Cm "
23	Verruga negra	1/2 temp p s OS	0.9 x 1.5 Cm
24	Masa quística	1/3 Lat p i OD	0.5 Cm "
25	" papilom elevada	1/3 lat p s OD	0.5 Cm "
26	" Violácea trasilu	Angulo nasal OS	0.7 x 1.2 Cm
27	" Verrucosa	1/3 nasal p i OS	0.4 Cm "
28	Lesión umbilic blanc	1/3 nasal p s OD	0.6 Cm "
29	Masa papilomatosa	1/3 nasal p i OS	0.6 Cm "
30	Granuloma piógeno	1/3 medio p s OS	0.8 Cm "

ADENOPATIA 0 %

Cuadro No. 6

CORRELACION CLINICA Y PATOLOGICA:

Caso:	Impresión Clínica:	Dx. Histológico:
1	Quiste epidérmico	Quiste simple
2	Nevus	Nevo Intradérmico pigmentado, bordes bien
3	Absceso frío	Inflamación aguda y crónica con reacción a cuerpo extraño
4	Nevus	+Carcinoma basocelular, bordes invadidos
5	Nevus	+Queratosis seborreica
6	Carcinoma Basocelular	Carcinoma basocelular pigmentado, bordes bien
7	Carcinoma Basocelular	+Carcinoma basoescamoso con borde libres
8	Verruga	+Queratosis seborreica
9	Quiste de Inclusión	Hidradenoma de células claras, bordes libres
10	Quiste sebáceo	Quiste epidérmico.
11	Adenoma de Meibomio	+Carcinoma indiferenciado de células redondas, Merkeloma
12	Quiste sudoríparo	Quiste sudoríparo
13	Verruga	NO
14	Quiste sudoríparo	+Inflamación crónica-fibrosis
15	Carcinoma Basocelular	Carcinoma basocelular, bordes libres.
16	Quiste sebáceo	Quiste epidérmico
17	Quiste sebáceo	Quiste epidérmico
18	Quiste sebáceo	Quiste epidérmico
19	Carcinoma basocelular	Carcinoma basocelular, bordes tomados
20	Carcinoma basocelular	Carcinoma basocelular, bordes libres
21	Carcinoma basocelular	+Carcinoma basoescamoso, borde libre
22	Keratosis senil	Keratosis acantótica
23	Verruga gigante	Verruga vulgar
24	Quiste epitelial	Quiste epidérmico
25	Papiloma	Papiloma

continuación del cuadro No. 6

Caso:	Impresión Clínica:	Dx Histológico:
26	Hemangioma	Hemangioma Cavernoso
27	Verruga	Papilloma.
28	Mollusco	Mollusco Contagioso
29	Verruga	+Keratosis seborreica
30	Granuloma Piógeno	Granuloma Piógeno

+ Impresión clínica diferente al diagnóstico histológico, que es el verdadero.

Tabla No. 1

DIAGNOSTICOS ASOCIADOS:

Ametropía	-	-	-	-	9	--	30 %
Pterigiones	-	-	-	-	4	--	13 %
Cataratas	-	-	-	-	3	--	10 %
Blefaritis	-	-	-	-	1	--	3.3%
Glaucoma Primario	-	-	-	-	1	--	3.3%
Sin otro Diagnóstico	-	-	-	-	12	--	40 %

Tabla No. 2

METODO DIAGNOSTICO:

Biopsias, Excisiones + Recons- trucción Plástica	- - - - -	26	--	86 %
Biopsia Diagnóstica	- - - - -	3	--	10 %
Biopsia programada que no se hizo, Sólo se aplicó CREO	- - - - -	1	--	3.3%

TIPO DE ANESTESIA:

Local - - 30 -- 100%

Tabla No. 3

NECESIDAD O NO DE OTRO TX:

Buen resultado - - - -	26	- - 86.6 %
Necesitaron otro Tratamiento (Rx) - - - -	4	- - 13.3 %
Total	100	100 %

Tabla No. 4

AGUDEZA VISUAL:

+ No cambió - - - - -	29
Mejoró - - - - -	1
Total	30

+ La Agudeza visual no cambió, por lo que las masas palpebrales no interferían con A/V.

Tabla No. 5

RESULTADO FUNCIONAL Y COSMETICO

Funcional Bueno - - - -	30
Cosmético bueno - - - -	29

Sólo un caso no fué cosméticamente bueno, por depigmentación secundario a Radiación.

Tabla No. 6

HISTOPATOLOGIA DUDOSA:

Resultado de acuerdo - - - -	28	- - 93.3 %
Resultado dudoso - - - -	2	- - 6.6 %
	30	100 %

Tabla No. 7

RESIDIVA:

Residivaron - - - - -	0
Exito - - - - -	30
Necesitaron otro Tx - - -	0
Total	30

Y a manera de auto - evaluación del estudio, se tomó la siguiente variable:

Tabla No. 8

CONTROL FINAL

Paciente satisfecho - - - -	30
Paciente no satisfecho - - -	0
Pacientes indiferentes - - -	0
Total	30

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

8.

En el período de un año (1988) consultaron 30 casos de masa palpebrales de los cuales el porcentaje de hombres y mujeres fué igual y cuya edad de mayor frecuencia fué de los 50 años en adelante, que corresponde a la citada en antecedentes. El motivo de consulta siempre fué de MASA PALPEBRAL o en otras palabras parecidas, todas con el agravante de mayor crecimiento ultimamente y el tiempo de evolución el de un mes en adelante.

La Agudeza visual no fué alterada, al menos, por otra condición asociada⁽¹⁾. En el cuadro No. 5 se puede observar que 26 de 30 casos se presentaron como masa palpebral y 4 nada más en forma de otra lesión (úlceras, lesión). Tanto párpado superior como inferior fueron afectados por igual; siendo el 1/3 medio del párpado superior, y el 1/3 lateral del párpado inferior los más afectados. Sólo 3 casos la afección incluía el ángulo completo (2 lateral, 1 nasal). Así también vemos que el mayor porcentaje (66.66 de masas tenían entre 0.5 a 1.0 Cm de diámetro.

Lo más relevante del estudio, es la correlación clínica - patológica con 7 casos de falsa impresión clínica; y es así como encontramos 8 casos (26.6%) de carcinomas dos de los cuales son Basoescamosos que corresponden a los citados en la literatura⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹⁴⁾, siendo el párpado inferior el más afectado. El resto corresponde a lesiones benignas (74%)^{(15) (14)}.

El manejo inicial consistió en Biopsia Excisión más reconstrucción plástica (26 casos) o biopsia diagnóstica con anestesia local a los 30 casos. Sólo 4 casos necesitaron de otro tratamiento (radiación por carcinomas, generalmente grandes y desfigurantes o que tenían sus bordes quirúrgicos invadidos.

Como se puede ver en la tabla No. 5 el resultado funcional y cosmético fué bueno, tanto así que ningún caso recidivó por lo que no necesitaron otro tipo de tratamiento por recidiva.

Las hipótesis planteadas en el protocolo si cumplen, lo postula do, pues la mayoría de masas palpebrales son de buen pronóstico siem pre y cuando el manejo se haga rápido. Las masas palpebrales de peor pronóstico fueron las Carcinomatosas, habiendose hecho necesa - rio otra forma de tratamiento. Finalmente el estudio muestra satis - ficidad en el 100 % de los casos.

CONCLUSIONES:

9.

- 1.- La mayor afección por masas palpebrales es en la 5 ta década en adelante, principalmente las malignas.
- 2.- Generalmente el tiempo de consulta es alejado del inicio de la masa palpebral, pero con crecimiento acelerado reciente o que molesta cosméticamente.
- 3.- La Agudeza visual no es afectada por masas palpebrales siempre y cuando no se tenga destrucción completa del mismo, que daría queratitis por exposición.
- 4.- Se necesita conocer más casos de masas palpebrales para afinar la impresión clínica en relación al Estudio Histológico.
- 5.- El párpado inferior es más afectado por sus lesiones malignas y el superior por lesiones benignas.
- 6.- El manejo temprano con biopsia excisión más reconstrucción plás - tica se hace necesario.
- 7.- La Radiación para casos muy desfigurantes y en casos de edad a - vanzada es mejor que el manejo plástico.
- 8.- Toda masa palpebral fuertemente sospechosa de malignidad debe excindirse para estudio histológico, antes que sea más in - vasiva.
- 9.- La mayoría de masas palpebrales son benignas con un pronóstico bueno y prometedor.

RECOMENDACIONES:

10.

- 1.- Mantener estudios nacionales de ésta clase siempre a la mano del oftalmólogo, para su actualización .
- 2.- Estandarizar un protocolo con una Ficha Oculoplástica con todos los datos a pacientes con masas palpebrales y así poder descartar procesos mitóticos.
- 3.- Para pacientes con Masas Palpebrales, que sean manejados por un oftalmólogo Oculoplástico y de ser necesario con la ayuda de un Oncólogo.
- 4.- En casos de Orzuelos y Chalaziones que sean manejados por oftalmólogos, pero en caso de alta sospecha de otro proceso, hacer la consulta pertinente a dónde corresponda.
- 5.- Toda persona con masa palpebral de cualquier índole, debe ser referida al oftalmólogo para su manejo el cual puede ser de observación o resolutive, pudiendose así evitar complicaciones tardías, o cirugías radicales como la Exenteración.
- 6.- Hacer revisiones periódicas de cortes histológicos sobre masas palpebrales bien definidas, y así correlacionar la Clínica con el diagnóstico patológico exacto.

11.-

RESUMEN:

Ante tanta población general con masas palpebrales y que no consultan, se efectuó el estudio con el título de Masas Palpebrales que no son Orzuelos ni Chalaziones para obtener una idea general del mejor manejo de las mismas. Se tomó como muestra de estudio prospectivo a todos los pacientes que consultaron al Servicio de Oftalmología del Hospital Roosevelt con masa palpebral que en una u otra forma le llamaba la atención a tal manera de convertirse en Motivo de Consulta, ya fuera ésta de aspecto Benigno o maligno, y se efectuó el examen histopatológico con su correspondiente manejo, y así ofrecer el mayor servicio a consultantes futuros.

Se hizo una revisión de literatura bastante amplia para ayuda y conocimiento de las distintas masas palpebrales, con lo que se han obtenido resultados similares a los referidos en la misma y lo más sobresaliente aún son los resultados tanto funcional (más importante) como cosmeticamente satisfactorios sin recidivas para agrado tanto del médico tratante como del paciente. Así también se ha puesto especial énfasis en la correlación clínico - patológica, evitando toda equivocación posible.

Y para satisfacción del autor, los resultados del estudio de la investigación confirman el arsenal de literatura consultada, tanto en clínica como estadística, dando así la mejor conducta ante una MASA PALPEBRAL de cualquier aspecto, ya sea dicha conducta expectante, curativa y reconstructiva.

REFERENCIAS:

12. ORBIT, EYELIDS, AND LACRIMAL SYSTEM, Continuing Education in Ophthalmology, American Academy of OPHTHALMOLOGY, 1988-89 pp (176-183)
- 2.- MANAGEMENT OF MALIGNANCY OF THE EYELIDS. A. M. J. Ophthalmology No. 92. años 1981. pp (1-6)
- 3.- ATLAS DE OPHTHALMOLOGIA, Michael G. Glaspool, FRCS, Lancaster Inglaterra. Internactional Medical Publishers, Barcelona España. 1984 pp (25-31).
- 4.- OPHTHALMIC PATHOLOGY, Continuing Education, American Academy of Ophthalmology, San Fco. California. 1987-1988 pp(103-132)
- 5.- POCKET ATLAS OF OPHTHALMOLOGY, Fritz Hollwich and Frederick C. Blodi, 1981 Year Book Medical Publishers, Inc. pp (1-39).
- 6.- SEBACEOUS GLAND CARCINOMA. Daxonas MT, Green, Arch. Ophthalmology, 1984. pp(245-249) No. 102.
- 7.- PEDIATRIC OPHTHALMOLOGY AND STRABISMUS. Continuing Education in Ophthalmology, American Academy of Ophthalmology, seccion No. 6 1987-1988 pp (124-138).
- 8.- FACTORS IN THE SUCCESSFULL SURGICAL MANAGEMENT OF BASAL CELL CARCINOMA OF THE EYELIDS. Am. J. Ophthalmology, Doxanos Mt, Green Illiff. No. 91. 1981 pp (726-736).
- 9.- TUMORS OF THE EYE, 3 ird Edition, Algernon B. Reese, Harper & Row Publishers 1976. pp (37- 53)
- 10.- SYSTEM OF OPHTHALMOLOGY, by Stewart Duke-Elder. The Ocular anexa, Vol XIII parte 1, Disease of the Eyelids. Mosby Company. 1974. pp (536-539) y (391).

- 11.- REPAIR AND RECONSTRUCTION IN THE ORBITAL REGION. Jonh Clark Mustardé. Second Edition, 1980. pp (3-5)
- 12.- OPHTHALMIC PATOLOGY, Atlas and Text, William Spencer, vol 3 Edition 3. WB Saunders Company, London. capítulo No. 10 1985. pp(2141-2288).
- 13.- OPHTHALMIC PLASTIC SURGERY', III edition, Bernd Silver, Continuing Education program, American Academy of Ophthalmology, and Othorhinolaryngology, 1977. pp(190-197).
- 14.- OCULAR PATHOLOGY, Text and Atlas, Myron Yanoff, S. Fine, Harper & Row Publishers, Hagentown, 1975. pp(177-227).
- 15.- OCULOPLASTIC SURGERY. Editor Clinton D., Mc Cord Jr. Edic. No. 2. Raven Press. New York USA, 1982. pp (1-2) (151-173)
- 16.- TUMORS OF THE OCULAR ADNEXA AND ORBITA. Ed. Hornblasse Mosby Company. 1979. pp (1-12).
- 17.- PLASTIC SURGERY. Third Edition, By W. Grabb, & J. Smith Little, Brown and Company. Boston, USA. 1979. pp(504-508).

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre: _____ edad: _____
 Fecha: _____ sexo: _____ Registro Medic _____
 Procedencia: _____ Ocupación: _____
 Motico de Consulta: _____

 Evolución; _____
 Antecedentes: _____

 Cuadros previos: _____
 Tratamientos Previos: _____

 Examen Oftalmológico: _____
 Agudeza Visual: OD _____
 OS _____
 Motilidad Ocular: _____
 Pupilas: _____
 Localización y extensión de la masa palpebral,
 (Descripción, tamaño y aspecto): _____



Adenopatía: _____
 IMPRESION CLINICA: _____

 Otros Diagnósticos: _____

 PROYECTO QUIRURGICO: _____

Proyecto Efectuado: _____

Tipo de Anestesia: _____

Diagnóstico Macroscópico: _____

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO: _____

Otras formas de Tratamiento: _____

Evolución: _____

Agudeza Visual: No cambió _____

Mejóro _____

Empeoró _____

Resultado Funcional (F) y cosmético (C):

F y C bueno _____

Fy C malo _____

F bueno _____

F malo _____

C bueno _____

C malo _____

Resultado Dudosos: _____

Recidiva: _____

Nueva forma de Tratamiento: _____

Control final del Paciente:

Satisfecho _____

No Satisfecho _____

Indiferente _____

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Conforme: _____

Dr. Mauricio De Luca Di Chiara

Oftalmólogo

Asesor

Dr. MAURICIO DE LUCA DI CHIARA

Médico y Cirujano

Colegiado No 4356

Aprobado: _____

Dr. Carlos Manuel Portocarrero Herrera

Oftalmólogo

Coordinador del Postgrado de Oftalmología,
Hospital Roosevelt, Fac. CC.MM., USACDr. Jorge Mario Rosales Archila
Coordinador Programa de Especialidades
Clínicas, Fase IV, Fac. CC.MM., USACDr. Paul Alcides Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de Las Ciencias de La Salud -CICS-
Fac. CC.MM., USAC

Impresado: _____

Dr. Marco Antonio Quezada
Secretario Fac. CC.MM.,Dr. Gildardo Antonio Girón G. GIRON G.
AutorDr. GILDARDO GIRON G.
COLEGIADO 3230

Satisfecho: _____

Dr. J. Gonzalo Anzueto B.
Oftalmólogo

Revisor

J. GONZALO ANZUETO B.

MEDICO Y CIRUJANO

COLEGIADO No 3277

Dr. Julio Rafael Cabrera Valverde
Director de Fase IV, Fac. CC.MM., USACDr. Humberto Aguilar
Decano Fac. CC.MM., USAC

/mhp