

**Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas**

**“MONOGRAFÍA SOBRE LOS TUMORES PALPEBRALES
MALIGNOS Y ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL TRATAMIENTO CON
CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS”**

Estudio descriptivo – compilativo realizado en base al historial clínico de 96 pacientes con diagnóstico de carcinoma palpebral tratados en el Hospital de Ojos y Oídos “Dr. Rodolfo Robles V.” , durante el período de 1994 al 2000.

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

MARÍA DEL CARMEN BERGANZA GUERRERO

En el acto de investidura de:

MÉDICA Y CIRUJANA

Guatemala, julio del 2001

INDICE

I.	Introducción	1
II.	Definición del problema	2
III.	Justificación	3
IV.	Objetivos	4
V.	Monografía sobre tumores palpebrales	5
VI.	Metodología	28
VII.	Presentación y análisis de los resultados	33
VIII.	Conclusiones	43
IX.	Recomendaciones	44
X.	Resumen	45
XI.	Bibliografía	46
XII.	Anexos	49

I. Introducción

Los tumores de párpado deben ser tratados adecuadamente y en forma temprana, evitando con ello complicaciones que éstos pueden causar, tales como: invasión del tumor a estructuras adyacentes, necesidad de una ampliación quirúrgica o recurrencia del tumor. El presente trabajo surgió por la necesidad de conocer sobre los aspectos más relevantes de ésta patología, su tratamiento y su evolución en los casos diagnosticados en el Hospital de Ojos y Oídos “Dr. Rodolfo Robles V.”; diseñando para su efecto un estudio de tipo descriptivo-compiletivo, con información obtenida de los expedientes de los casos atendidos en el período 1994 al 2000.

Se presenta primero una monografía sobre los carcinomas palpebrales malignos más frecuentes y su principal método diagnóstico, la microcirugía de Mohs. Luego se expone un análisis descriptivo sobre las características, diagnóstico y manejo de los mencionados carcinomas.

Los principales resultados indican que la exposición prolongada al sol es el principal factor de riesgo para desarrollar carcinoma palpebral, lo cual es más frecuente en personas mayores de 70 años, siendo el tipo basocelular y de células escamosas los más comúnmente diagnosticados y que la Cirugía Micrográfica de Mohs (MCM) es el mejor método diagnóstico y terapéutico para ellos.

Por lo anterior se recomienda promover información sobre los beneficios de la protección solar y su relación con la disminución de la morbilidad por este tipo de carcinoma y fomentar en la población la consulta temprana para evitar la invasión del tumor a estructuras adyacentes.

II. Definición del Problema

Los tumores de párpado constituyen un serio problema médico por la proximidad existente con el ojo, cerebro y senos paranasales. Con respecto a la incidencia se puede afirmar que más del 30 – 40% de los tumores palpebrales son benignos y que, de los tumores malignos, el carcinoma de células basales ocupa el 90% de los casos. (3)

Con respecto al tratamiento de estos tumores, en el Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles V., desde 1994 se ha utilizado la microcirugía de Mohs (MCM), que la literatura indica es la mejor modalidad terapéutica; sin embargo no se cuenta con datos estadísticos en donde se evidencie la incidencia de los tumores palpebrales ni las principales características de ellos y no hay estudios en este hospital en donde se describa el beneficio de esta técnica ni el impacto que tiene .

Por lo anteriormente descrito se propone realizar una monografía sobre tumores palpebrales y un análisis descriptivo de la MCM aplicada en los casos diagnosticados de estos tumores en el Hospital Rodolfo Robles desde 1994 al 2000. Se pretende con esto crear bases teóricas actualizadas que contribuyan a formar criterios certeros para el diagnóstico y tratamiento de los mismos.

III. Justificación

Ya se mencionó anteriormente que el problema de los tumores malignos de párpado constituyen un serio problema médico y también es de importancia el considerar que la incidencia de estos tumores se ha ido incrementando; en 1990 se diagnosticó un total de 600,000 casos en Estados Unidos, mientras que en 1980 se diagnosticó un total de 400,000 ; lo cual se asume que es debido a la depleción de la capa de ozono que provoca exposición directa a la luz ultravioleta. (6)

Los carcinomas palpebrales suelen aparecer en personas de edad avanzada (50 a 80 años), teniendo su mayor frecuencia en la década de los 70 años de edad. La literatura indica que afecta más a los hombres que a las mujeres, lo que puede ser un reflejo del trabajo al aire libre y con exposición al sol; sin embargo, en las mujeres cuanto menor es la edad de presentación del tumor, éste es considerado de peor pronóstico. (11)

Es bien sabido que la morbi-mortalidad de los tumores palpebrales puede ser reducida siempre que se realice un diagnóstico apropiado y un tratamiento correcto.

En la actualidad no se cuenta con datos nacionales, por lo que se considera necesario recolectar información en uno de los hospitales donde se realiza este tipo de diagnósticos, tal es el caso del Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles V. y , con ello, describir los resultados del tratamiento de los tumores palpebrales con Microcirugía de Mohs y el impacto que esta técnica quirúrgica tiene.

IV. Objetivos

General:

- Proporcionar información precisa, profunda y actualizada sobre los tumores palpebrales.
- Describir los resultados del tratamiento de tumores palpebrales con Microcirugía de Mohs en el Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles V.

Específicos:

En base a los casos de tumores palpebrales atendidos en el Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles V. en el período de 1994 al 2000 :

1. Describir los aspectos epidemiológicos más relevantes.
2. Describir las principales características clínicas.
3. Describir los hallazgos anatomo-patológicos.
4. Describir el tratamiento quirúrgico utilizado.
5. Definir las principales indicaciones del procedimiento quirúrgico.
6. Describir las complicaciones post-quirúrgicas más frecuentes.
7. Identificar el total de casos sospechosos de recurrencia que cada tipo de tumor presenta de acuerdo a sus características patológicas.

v. MONOGRAFÍA SOBRE TUMORES PALPEBRALES

1. ANATOMIA DEL PÁRPADO

Los párpados son dos repliegues musculomembranosos colocados en la parte anterior de la cavidad orbitaria, por delante del globo ocular, al cual cubren , o dejan al descubierto según que estén en contacto uno con el otro, o separados.(14)

Los párpados están constituidos por una serie de capas que, de adelante atrás, son: la piel, una capa de tejido celular, una capa muscular de fibras estriadas, una segunda capa de tejido celular, una capa fibrosa, una capa muscular de fibras lisas, y, finalmente, una capa mucosa.

La piel de los párpados es fina, deslizable y ofrece una serie de arrugas de dirección trasversal, más abundantes en los individuos de edad avanzada. Tiene folículos pilosos poco desarrollados, con glándulas sudoríparas y sebáceas anexas. En su interior se encuentran las células cromatóforas.

La capa celular subcutánea es bastante laxa y, en los límites del párpado, se continúa con el tejido celular de las regiones vecinas. La capa de fibras musculares estriadas está formada por los fascículos de la porción palpebral del músculo orbicular de los párpados y, además, al nivel del borde libre, por pequeños fascículos musculares anteroposteriores, extendidos de la piel a la mucosa, cuyo conjunto constituye el músculo de Riolan.(27)

La segunda capa poco extensa de tejido celular laxo que, al igual que la que está inmediatamente subyacente a la piel, se deja infiltrar con toda facilidad; ambas capas celulares comunican entre sí a través de las fibras del músculo orbicular.

La capa fibrosa forma, por decirlo así, el esqueleto del párpado. Queda subdividida en dos porciones bien distintas: la parte central, constituida por los cartílagos tarsos, y una parte periférica, en relación con el borde orbitario, llamado septum orbitale o ligamento ancho de los párpados.

Inmediatamente por detrás de la capa fibrosa se encuentra una serie de fibras musculares lisas que reciben el nombre de músculos palpebrales superior e inferior. Están formados en su mayor parte por fibras de dirección vertical que se extienden en altura desde el borde orbitario hasta el borde libre de los tarsos.

La capa mucosa de los párpados está formada por la parte anterior de la conjuntiva, por lo que recibe el nombre de conjuntiva palpebral.

Ya se han mencionado, anexas a los folículos pilosos de la piel de los párpados, algunas pequeñas glándulas sudoríparas y sebáceas. Independientes de ellas, se encuentran en el espesor de cada párpado tres grupos de glándulas: las glándulas de Meibomio, las glándulas ciliares y las glándulas de Moll, las cuales están situadas cerca del borde libre de los párpados.

La irrigación de los párpados se da por las arterias palpebrales accesorias y las arterias palpebrales propiamente dichas. El primer grupo está formado por ramitos terminales de la supraorbitaria por arriba; de la nasal en la parte interna, de la infraorbitaria para el párpado inferior y por fuera de la lagrimal y trasversal de la cara, así como del ramo orbitario de la temporal superficial. Las arterias palpebrales propiamente dichas son las arterias palpebrales superior e inferior, ramas de la oftálmica.

Se encuentran en cada párpado una red venosa pretarsiana, más abundante en vasos que la red arterial correspondiente, y una red venosa retrotarsiana.

Los vasos linfáticos de los párpados nacen de redes linfáticas colocadas, lo mismo que las otras redes vasculares, unas por delante de los tarsos y otras por detrás de ellos. La red linfática pretarsiana y la retrotarsiana se comunican a través de los tarsos de una manera amplia en el párpado superior y escasamente en el párpado inferior.

En los párpados se distinguen nervios sensitivos y nervios motores. Los ramos motores provienen del facial e inervan los fascículos del músculo orbicular de los párpados. Los ramos sensitivos del párpados superior se originan en el nervio nasal externo, el frontal interno, el frontal externo o supraorbitario y el lagrimal; el párpado inferior se halla inervado, desde el punto de vista sensitivo, por ramitos que provienen del nervio nasal externo y de la terminación del infraorbitario.(14)

2. TUMORES PALPEBRALES MALIGNOS MÁS FRECUENTES

Generalidades:

Los tumores de párpado constituyen un serio problema por la proximidad existente con el ojo, cerebro y senos paranasales. Con respecto a la incidencia se puede afirmar que más del 30-40% de los tumores palpebrales son benignos.(14) La mayoría de estas neoplasias son queratosis, nevos o lesiones secundarias a chalaziones. El carcinoma de células basales es el más común de los tumores malignos, comprendiendo aproximadamente el 90% de estos. (3)

Entre los tipos más comunes de neoplasias palpebrales también se encuentran el carcinoma de células escamosas, el melanoma maligno, y el carcinoma de células sebáceas. El Dr. Friedman realizó una lista de los tumores más comunes, siendo esta:

<i>Tumores Benignos</i>	<i>Tumores Malignos</i>
Queratosis/papilomas	Carcinoma de células basales
Nevos	Carcinoma de células escamosas
Saco epidermoide	Carcinoma de células sebáceas
Chalaziones	Melanoma maligno

*listados en orden de frecuencia (27)

Se ha comprobado que entre los principales factores de riesgo para estos tipos de tumores se encuentra:

- ♦ Exposición prolongada a los rayos ultravioleta, debido a que causa mutaciones características en el gen supresor del tumor P53, inhibiendo la habilidad reguladora de la transcripción y síntesis.(27)

- ◆ Exposición prolongada a radiación.
- ◆ Predisposición genética.
- ◆ Exposición a herbicidas.(7)(14)

Robert Kersten en un estudio realizado en 1997 que trata sobre la exactitud del diagnóstico clínico de lesiones palpebrales cutáneas comprueba que las lesiones malignas se pueden confundir clínicamente con lesiones benignas (15), por lo cual el diagnóstico que nos da el 100% de veracidad de todos estos tumores se realiza por un examen histopatológico del tejido.(7) (15)

Carcinoma de células basales

- Aspectos epidemiológicos:

El carcinoma de células basales (CCB) es el causante del 85% al 95% de todos los tumores epiteliales de tipo maligno (5) . La incidencia de este tumor se ha ido incrementando; en 1990 se diagnosticaron 600,000 casos en Estados Unidos con CBB mientras que en 1980 se diagnosticó un total de 400,000 , lo cual se asume que es debido a la depleción de la capa de ozono que provoca exposición directa a la luz ultravioleta. (6)

En las series de la Clínica Mayo se describe que en un estudio realizado retrospectivamente encontraron 40 casos de carcinoma secundario de este tipo, siendo los sitios primarios de dichos carcinomas (numerados en orden de frecuencia):

- Párpado inferior
- Mejilla
- Nariz
- Párpados superiores e inferiores
- Frente
- Área Temporal
- Paladar (5)

Este tipo de carcinoma está directamente relacionado con la exposición al sol y va aumentando conforme avanza la edad del paciente, lo

cual lo describen claramente Marcos Doxanas y Richard Green en un estudio sobre los factores de riesgo asociados a CBB, en donde afirman que la mayor incidencia de estos tumores se tiene en la séptima y octava década de vida, que no hay predisposición con respecto al sexo y que es más común en personas de raza blanca. (5) Más del 90% de los CBB ocurren en áreas corporales que regularmente están expuestas a la luz solar y se da, especialmente, cuando hay predisposición cutánea al mismo (en el desorden autosómico recesivo del xeroderma pigmentosa o el autosómico dominante del Síndrome de Nevo de Células Basales), lo cual incrementa la dificultad del tratamiento. (6)

Entre otros factores que tienen relación con la incidencia de CCB se encuentran: predisposición genética, exposición a rayos X o a alguna forma de radiación, exposición a arsénico y / o herbicidas.(6)

- Aspectos Clínicos:

A esta neoplasia se le ha dado el título de tener un “señor disfraz” (27) debido a que presenta múltiples características clínicas dependiendo del estadio en que se encuentra y el patrón morfológico del mismo.

Aproximadamente, el 63.1% de estos tumores ocurren en el párpado inferior, 29.8% en el canto medial, 5.7% en el párpado superior y 1.4% en el canto lateral. Este tipo de carcinoma invade localmente y rara vez metastatiza.(3) (16)

En los primeros estadios de crecimiento tumoral podría evidenciarse redondo, elevado, nodular y con una superficie brillante. Luego se va volviendo sinuoso, elongado, superficial con una ulceración a lo largo del margen palpebral inferior. Con el tiempo, el tumor se va tornando más elevado y nodular, cayendo después en una etapa donde se observa como una inocente y endurecida placa. Conforme avanza la invasión orbital, estas características cambian a una fea apariencia donde se observa una úlcera con bordes irregulares elevados en donde se aprecia un exudado maloliente.(2)(6)(27)

- Aspectos patológicos:

Histológicamente hablando, las células de este tipo de tumor son pequeñas, con núcleos hipercromáticos y con citoplasma escaso. Sus principales características son:

- Proliferación celular que aparentan capas basales de epitelio.
- Palizada en la periférica de las células basales
- Células tumorales que se encogen dentro del tejido conectivo periférico.

Generalmente, se encuentra una pequeña inflamación en el estroma. (1)(5)(6)

Originalmente, Lund identificó seis patrones morfológicos del carcinoma de células basales; actualmente se utiliza una clasificación modificada de ésta, en la que se divide en cuatro patrones diferentes, los cuales son:

- Nodular
- Ulcerativo
- Morfeaforme
- Multicéntrico

➤ *Patrón nodular:*

Clínicamente es el que aparece como un nódulo agrandado, firme, color perla y con visibles telangectasias en su superficies.

Este patrón nodular consiste en una proliferación de células basales sin infiltración de otros tejidos. Por compresión, se forma alrededor de esta proliferación celular una pseudocápsula de tejido conectivo; esta pseudocápsula permite delimitar la extensión del tumor. Este patrón es el más destructivo debido a que se dificulta el delimitar la extensión tumoral clínicamente.(12)

➤ *Patrón ulcerativo:*

Su nombre deriva de la apariencia clínica. Aquí no es común una pseudocápsula, debido a que este patrón es de carácter infiltrativo y profundo no es fácil delimitarlo clínicamente. Histológicamente, se extiende dentro de la dermis y tejido conectivo. El patrón ulcerativo es el

más agresivo de los tipos de carcinoma de células basales y, con el tiempo, este tumor puede desfigurar la órbita.

➤ *Patrón morfeaforme:*

Es una agresiva forma de carcinoma de células basales. Histológicamente hay un mayor componente de tejido conectivo y aquí la proliferación celular esta distribuida en cordones o islas dentro de la densa armazón de este tejido.

➤ *Patrón multicéntrico:*

Este tipo se caracteriza por numerosos lóbulos de tumor con una base epitelial y un corium superficial. Los múltiples focos de la envoltura del tumor sugieren una envoltura multicéntrica. Clínicamente el epitelio asume variantes irregulares.

Según el Wilmer Eye Institute, al examen patológico, los patrones morfológicos más comúnmente encontrados son las formas nodular y ulcerativa cuando se refiere a formas primarias del tumor; en tumores recurrentes es más factible que sea un patrón morfeaforme. (27), lo cual es corroborado por Klin Monatsbl en un estudio realizado en octubre del 2000 en donde se hace mención a las características clínicas e histológicas de los CCB. (16)

• Diagnósticos diferenciales:

Clínicamente los CCB fácilmente pueden ser confundidos con un carcinoma de células escamosas, hidrocistomas, nevos melanocíticos, papilomas, etc.(15)(11)

• Complicaciones:

La principal complicación de estos tumores es la invasión local a tejidos y estructuras adyacentes, provocando disfunción de los mismos.

• Recurrencia del tumor:

El mayor riesgo de recurrencia del tumor se presenta entre el primer y cuarto año después del tratamiento quirúrgico.(25) Las tasas de

recurrencia se varían entre un 4.2% y 6.3% de acuerdo a la literatura revisada. (5) (16)

Silverman, en la III parte de su estudio sobre la tasa de recurrencia de estos tumores, demostró que la edad del paciente, el diámetro máximo del tumor y la duración del CCB no afecta significativamente las tasas de recurrencia.(26)

- Prevención:

La principal prevención consiste en minimizar la exposición solar y / o utilizar protectores solares. Se recomienda también el examinar cuidadosamente cualquier cambio en la piel que sugiera malignidad.(6)

Carcinoma de células escamosas

- Aspectos Epidemiológicos:

El carcinoma de células escamosas no es tan frecuente como el de células basales pero, es un tumor más agresivo y complicado. Aunque en la mayoría de casos este carcinoma se relaciona directamente con la exposición a luz ultravioleta(8)(11), también se sabe que puede ocurrir en cicatrices de quemaduras, úlceras, en áreas recurrentes de trauma o exposición a radiación o en pacientes inmunocomprometidos.(22)

Es importante destacar que el carcinoma de células escamosas es el segundo tumor maligno de la piel provocando el 4.7% de todos los tumores malignos. (13)Este tumor también es asociado a la edad debido a que es poco común en personas menores de 40 años y la incidencia aumenta notablemente en personas mayores de 60 años de edad. Los hombres se afectan más frecuentemente.(11)

Los carcinomas de células escamosas (CCE) palpebrales se originan a partir de lesiones actínicas queratósicas preexistentes, sin embargo, tienen menor poder metastizante que los localizados en otras partes. Son muchos más metastizantes que los basocelulares.(11)

- Aspectos Clínicos:

El carcinoma de células escamosas se evidencia como una ulceración específica de la piel palpebral. Cuando anatómicamente ocluye una glándula de Meibomio puede provocar un chalazión secundario.

El tipo clásico de la lesión es una induración brillante, elevada con un área ulcerada que presenta una secreción serosanguinolenta. Es muy frecuente que el tumor tenga una superficie pastosa por la tendencia de sus células a formar queratina. (8)

En contraste con el carcinoma de células basales, el de células escamosas no es tan invasivo pero puede producir metástasis a los nódulos linfáticos regionales y un 20% a 40% de estos producen metástasis sistémica. (2)(8)

- Aspectos Patológicos:

El carcinoma de células escamosas es un invasivo tumor derivado de la superficie epitelial histopatológicamente, la progresión de queratosis actínica a carcinoma de células escamosas es evidente; aquí hay una proliferación de células epidermales que invaden a la dermis. La gran proporción de células atípicas son malignas y agresivas. La apariencia de estas células varía en tamaño, forma, hiperplasia e hiper cromasia del núcleo, la queratinización de cada una de ellas y la presencia de figuras mitóticas atípicas. A grandes rasgos se podría afirmar que la mayoría de estas células tumorales son de forma poligonal, con citoplasma eosinófilo, presentando un núcleo prominente e hiper cromático. (8)(27)

La penetración del tumor es usada para estimar el potencial maligno del mismo y dicha penetración tiene relación directa con invasión al sistema linfático. (8)

- Diagnósticos Diferenciales:

Todo tumor de tipo epitelial puede ser fácilmente confundido con un CCE, por lo que se insiste que el diagnóstico clínico debe ser corroborado por histopatología. (18)

- Complicaciones:

Las principales son la propagación local del tumor y / o metástasis, la cual se puede dar a órganos internos. (8)

Carcinoma de Glándulas Sebáceas

- Aspectos Epidemiológicos:

El carcinoma de glándulas sebáceas ocupa el tercer lugar en frecuencia de los tumores palpebrales y dicha frecuencia es del 1 al 3% de los mismos. Este carcinoma también va aumentando su incidencia conforme avanza la edad; según el Wilmer Eye Institute la edad promedio es de 67.9 años aunque tiene un rango de 39-88 años. (27)

El carcinoma de glándulas sebáceas comúnmente surge de las glándulas de Meibomio, pero también puede surgir de las glándulas de Zeis, de las glándulas foliculares y de las glándulas sebáceas frontales. La mayoría de los tumores se presentan en el párpado superior, lo cual se asocia a la gran cantidad de glándulas que presenta dicho párpado; aunque en un 10% de los casos se puede presentar el tumor simultáneamente en ambos párpados. (13)

- Aspectos Clínicos:

El tumor a veces no se reconoce clínicamente porque tiene la habilidad de enmascarse como una blefaroconjuntivitis crónica o como un chalazión recurrente, lo cual se demostró en un estudio realizado por Hagedoorn en donde demostró que el 30% a 38% de los casos de carcinomas de glándulas sebáceas aparentan tener alguno de estos cuadros. (31)

Generalmente, el carcinoma de glándulas sebáceas se aprecia

como una induración nodular y engrosamiento palpebral, con una superficie amarillenta y una base eritematosa. Es típico observar la distorsión de los orificios de las glándulas de Meibomio. Pueden verse afectados nódulos linfáticos preauriculares y submandibulares y, si fuera el caso, estos pueden ser palpados fácilmente. (31)

Zimmerman estudió la relación entre el apareamiento de los síntomas y la duración de los mismos con el pronóstico del tumor; identificó que si los síntomas tenían entre 1 a 6 meses, la mortalidad era del 14% y si el tiempo era mayor de 6 meses, la mortalidad era del 38%. Con respecto al tamaño del tumor, él afirma que cuando la lesión es de un centímetro o menos de diámetro, tiene una tasa de mortalidad del 18% y que si la lesión tiene más de 2 cm. de diámetro, la mortalidad es del 60%; afirma también que si el tumor aparece simultáneamente en el párpado superior e inferior, la tasa de mortalidad es del 83%. (2)

- Aspectos Patológicos:

La mayoría de los carcinomas de células sebáceas están compuestos por células anaplásicas, las cuales son grandes y con citoplasma espumoso. Dicho citoplasma contiene abundantes vacuolas lipídicas. Esta neoplasia también tiene una gran variedad de patrones histológicos, el más común de los cuales es el lobular en el cual las células neoplásicas forman lóbulos bien demarcados de tamaños variables. Estos lóbulos tienen apariencia similar al carcinoma de células basales, pero no tienen la palidez periférica característica de éste. Estas células tumorales son mitóticamente muy activas y frecuentemente muestran núcleos de formas extrañas. La apariencia típica es un citoplasma vaculado espumoso, lo cual representa lípidos disueltos.(2). La forma más común es el tipo acinal, el cual muestra células agrupadas. Algunos casos muestran formas nucleares extrañas, incluyendo al tumor con células multinucleadas, las cuales tienen alta actividad mitótica.

Estudios evidencian que existe una relación entre el grado de diferenciación del tumor con la mortalidad; indican que hay una tasa del 7% de mortalidad para tumores bien diferenciados mientras que hay una tasa del 60% de mortalidad para los pobremente diferenciados. Algunos autores afirman que hay factores pronósticos, entre los que se incluyen la

localización del tumor en el párpado superior, duración de los síntomas por más de seis meses, un patrón morfológico infiltrativo e invasión linfática.(2)

Melanoma Maligno

♦ Aspectos Epidemiológicos:

Este carcinoma es una patología rara en nuestro medio, pues se presenta con un frecuencia inferior al 1% en las series de tumores malignos palpebrales y menos de un 7% de los melanomas cutáneos de la cabeza y el cuello. (28) Se puede afirmar que es un tumor que puede aparecer en personas mayores de 40 años, aunque la edad promedio de dicho aparecimiento es a los 68 años de edad. (2) La importancia de este tumor radica en que es sumamente agresivo por lo que tiene una alta mortalidad.

El melanoma maligno también se relaciona directamente con la exposición a luz ultravioleta y se ha comprobado que hay un vínculo entre el aparecimiento de este tumor y el antecedente de padecer de quemaduras solares en la infancia. (27)

♦ Aspectos Clínicos:

En la literatura se admiten tres formas de melanoma maligno mucocutáneo: de extensión superficial, nodular y el léntigo maligno, siendo la forma nodular la de peor pronóstico en las series de patología palpebral, con un supervivencia a 5 años de entre un 44% y un 49%. Es asimismo el tipo más frecuente en el párpado, entre un 50% y un 59%, lo que contrasta con la presentación en otras partes , donde la más frecuente es la forma de extensión superficial. (28)

Clínicamente, las lesiones se van incrementado en tamaño y sus bordes se vuelven más irregulares. En el léntigo maligno, los melanocitos permanecen puramente intraepiteliales conforme se da la invasión dermal, el área se vuelve elevada y oscura. Es bien sabido que para que haya infiltración linfática ya han pasado muchos años de la lesión dérmica.(2)

El melanoma nodular aparece como nódulos o placas de color café oscuro o negro, frecuentemente con una tonalidad grisácea. Las lesiones benignas pigmentadas muestran uniformidad de color, están delimitadas y son simétricas

Entre los factores pronósticos más importantes se encuentran la profundidad del tumor, el grosor de la lesión y si involucra nódulos linfáticos regionales. Es importante el distinguir si es melanoma primario cutáneo o conjuntival, debido a que este último es más agresivo y tiene peor pronóstico.(28)

♦ Aspectos Patológicos

Histológicamente, los melanomas están compuestos por melanocitos atípicos, los cuales muestran varios grados de diferenciación y de invasión de tejido. El método más común para clasificar el tumor según el grado de invasión, es el de Clark-McGovern el cual lo divide de la siguiente manera:

- Nivel 1: Confinado a la epidermis.
- Nivel 2: Invasión dentro de la dermis papilar
- Nivel 3: Tumor que abarca toda la dermis papilar
- Nivel 4: Invasión de la dermis reticular
- Nivel 5: Invasión del tejido subcutáneo.

Breslow en un estudio describe que los melanomas que miden 0.76 mm o menos tienen una tasa de supervivencia del 100% a los cinco años pero, si miden más de 1.5 mm son asociados con una tasa de supervivencia del 50% al 60% a los cinco años. (27)

La extensión vertical del tumor ocurre en estadíos precoces en el tipo nodular, siendo en las otras formas propio de estadíos más tardíos, por lo que la presencia de un área de léntigo maligno adyacente al crecimiento nodular podría significar una forma de extensión radial previa a la forma nodular. Es importante destacar que entre las principales características se encuentran la elevada pigmentación, la presencia de úlceras y el rápido crecimiento. (28)

3. TRATAMIENTO DE LOS TUMORES PALPEBRALES

♦ CIRUGÍA MICROGRÁFICA DE MOHS

La Cirugía Micrográfica de Mohs actualmente es considerada como el estándar de oro en el tratamiento de tumores en piel (20) debido a que sus tasas de curación son superiores a las de otras opciones terapéuticas. (21) (24)

Antecedentes

Cirugía Micrográfica de Mohs (CMM) es el nombre dado a una técnica quirúrgica en honor a su creador original Dr. Frederick Mohs, profesor de cirugía de la Universidad de Wisconsin, quien en 1930 descubrió que al inyectar Clorhidrato de Zinc al 20% se podía provocar una fijación in situ y preservar los tejidos histológicamente para evaluarlos al microscopio. (2) (10) Luego, en 1936 se publicó el primer artículo en donde se hacía mención de la aplicación y beneficios de esta técnica en humanos.

Años después se identificó que el agente químico utilizado provocaba cuadros severos de conjuntivitis o queratitis en el área periorbital, razón por la cual el Dr. Mohs agregó a su técnica un paso: el congelamiento de los márgenes del tejido a cortar y, con ello, evitar estos efectos secundarios. A raíz de esto, también se le conoció como la “Técnica del Tejido Fresco”. (2)(27)

Ya en 1970 el Dr., Theodore Tromovich adquirió esta técnica para remover cánceres en piel considerando la ventaja de que el método de congelación permite hacer varios cortes, si fuera necesario, en un lapso de 24 horas. (2)

Con los años se le fueron dando distintos nombres a esta técnica (“Cirugía de Mohs”, “Control Microscópico y Cirugía”, “Cirugía Histográfica de Mohs”, etc.) pero ya en 1987 se presentó y aceptó el término de “Cirugía Micrográfica de Mohs” que es el nombre que se le sigue aplicando actualmente.

Indicaciones

La CMM ha sido utilizada en el tratamiento de todo tipo de tumores en piel, especialmente en carcinoma de células basales y células escamosas. Entre las indicaciones para aplicar la técnica en carcinoma de células basales en el área periorbital se encuentran:

1. Modelo histológico agresivo: esclerosante, micronodular, infiltrativo, adenoide, etc.
2. Invasión perineural.
3. Carcinoma de 5 mm. o con bordes indefinibles topográficamente en canto medial o lateral.
4. Carcinoma primario en adultos mayores de 35 años de edad.
5. Excisión del carcinoma incompleta.
6. Recurrencia del carcinoma.
7. Síndrome de nevus carcinoma de células basales.
8. Lesión maligna en piel en pacientes post trasplantados y/o inmunosuprimidos.(20) (27)

La lista de indicaciones también incluye variantes del carcinoma de células escamosas tales como carcinoma microquístico aneural, melanoma maligno, carcinoma de células de Merckel, enfermedad extramamaria de Paget, melanoma maligno, neoplasia fibrohistiocítica, leiomioma, angiosarcoma, etc., pero estas neoplasias raramente ocurren en regiones periorbitarias, por lo que es difícil estimar la eficacia de un determinado tratamiento en estas porque generalmente requieren tratamientos sucesivos de excisión, criocirugía o curetaje y electrodisecación. Entre los criterios no absolutos para utilizar esta técnica se encuentran:

1. Sitios asociados con altas tasas de recurrencia (por ejemplo, nariz, oídos, párpado inferior y canto).
2. Bordes tumorales mal definidos clínicamente.
3. Tumor de dos centímetros o más de diámetro. (20) (27)

Técnica Quirúrgica

Los pasos detallados de la técnica quirúrgica se pueden resumir de la siguiente manera:

1. Primero se marcan los márgenes clínicos de la neoplasia. (24)
2. Se inyecta anestesia local (lidocaína al 1% con 1:10,000 de epinefrina). Se esperan cinco minutos, tiempo necesario para que la epinefrina provoque la máxima vasoconstricción. (2)
3. Las incisiones se inician tangencialmente en la superficie de la piel a 45 grados y se continúan en un plano horizontal. (27)
4. El espécimen se divide en varios segmentos y los bordes se pintan con colores diferentes para identificarlos durante el procesamiento microscópico.(10)
5. Los segmentos del tejido y sus respectivos márgenes coloreados son dibujados a escala en un mapa.
6. El tejido se pasa al laboratorio situado en sala, en donde con un criostato se congela y se obtienen secciones apropiadas del tejido que se encuentra por debajo de las superficies y en los márgenes.
7. Se examinan las secciones congeladas, microscópicamente, y se verifica si en los márgenes persiste malignidad celular. Nótese que en los márgenes de las secciones preparadas, observadas al microscopio, aparece el colorante aplicado al tejido. Esto es clave para orientar la ubicación de las células tumorales en las secciones congeladas del espécimen.
8. Si en el examen microscópico se observa malignidad en las secciones congeladas, el cirujano codifica esta información en la porción del mapa que corresponde a la ubicación precisa y la posición exacta del tumor residual en el paciente. Nótese que el primer paso de excisión tangencial del tumor, la elaboración del mapa y el completo examen microscópico es conocido como *la primera etapa* de la cirugía Micrográfica de Mohs.
9. El cirujano extrae el tejido residual que contiene células tumorales, si fuera el caso de que se reportaran bordes tomados. Todos los pasos anteriores se repetirán las veces que fueran necesarias hasta comprobar que no queda tejido tumoral. A cada una de estas repeticiones se le asigna como la siguiente etapa de la cirugía. Por ejemplo, si el procedimiento requirió tres repeticiones, se dice que la cirugía se dio en tres etapas. (4) (27)

Existe una variante de esta técnica que consiste en la excisión del tejido en un primer tiempo quirúrgico y evaluación de la muestra por el patólogo; luego, reparación del defecto en un segundo tiempo (al tener confirmación histológica de ausencia de neoplasia en los bordes quirúrgicos). Esta comprobado que está variación de la técnica es más efectiva debido a que es más simple y utiliza menores costos(4), razones por las cuales es la que se utiliza en nuestro medio. Con esta variante mencionada, en raras ocasiones el paciente permanece hospitalizado después de la resección inicial del tumor. (4) (19)

Avances con la Técnica

Se mencionó anteriormente que los carcinomas de células basales y de células escamosas son los que más comúnmente afectan los párpados. La cirugía Micrográfica de Mohs tiene las más altas tasas de curación de estas malignidades comparadas con otras modalidades terapéuticas, incluyendo neoplasias primarias y recurrentes. La tasa de curación para carcinoma de células basales primario es del 98%, mientras que las tasas para excisión quirúrgica primaria con 4 mm. de margen y curetaje y disección son de 93% y 90% respectivamente. La terapia con radiación y criocirugía tienen una tasa de recuperación del 91% y 92% respectivamente. Para la recurrencia de carcinoma de células basales, estas diferencias son aún más dramáticas. La tasa de curación para la cirugía de Mohs es del 95%, mientras que para la excisión quirúrgica, curetaje y disección, y radioterapia las tasas de curación son del 83%, 90% y 60% respectivamente.(2) (17)

Con respecto al carcinoma de células escamosas, las estadísticas son similares, pero por supuesto las consecuencias de las tasas de curación más bajas son mucho más serias. Las tasas de recurrencia para carcinoma primario de células escamosas son: con curetaje, 3.7%; cirugía 8.1%, radiación 10% y cirugía de Mohs del 3.1%. La tasa de recurrencia promedio para todas las modalidades distintas a la de Mohs es del 7.9% . Para carcinomas recurrentes de células escamosas, la tasa de otra recurrencia es del 10% con la técnica de Mohs mientras que con otras modalidades es del 23%. (7)(11)

En base a todo lo anterior, se puede resumir que entre las ventajas de la técnica de Mohs se incluyen:

- La facilidad de examinar los márgenes completos del tumor.
- Remover completamente el tumor con la máxima preservación del tejido

- normal adyacente.(17)
- Brinda la posibilidad de reconstruir inmediatamente los defectos.
- Presenta altas tasas de curación en casos de alto riesgo, recurrencia o lesiones avanzadas.(19)

Entre las desventajas asociadas a la técnica se incluyen:

- Son indispensables la experiencia y habilidad del personal médico y de apoyo.
- Algunas veces se vuelve un procedimiento tedioso y largo.
- Puede volverse un tratamiento caro, que no justifica el costo-beneficio si se aplica en tumores que pueden ser resueltos con tratamientos de rutina. (2)

Limitaciones de la Cirugía de Mohs:

No todos los tumores pueden ser curados con la cirugía de Mohs. La técnica no es óptima en todas las circunstancias y puede haber fallas del tratamiento por varias razones. Algunas lesiones pueden ser muy grandes o extenderse tanto que involucran estructuras adyacentes importantes, lo cual impide la remoción total del tumor. Un patrón de crecimiento discontinuo o el no brindar la atención suficiente a pequeños detalles durante el procedimiento puede dar como resultado un tumor residual. La recurrencia del tumor puede ocurrir por una incompleta excisión o por inadecuado análisis histopatológico. (17)

Cirugía Micrográfica de Mohs en el Hospital de Ojos y Oídos “Dr. Rodolfo Robles V.”

En el Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles V. se empezó a utilizar esta técnica quirúrgica en 1994, aplicándola a una paciente de 68 años de edad a quien se le diagnosticó carcinoma del tipo basocelular con tumor residual, por lo que se le realizó una ampliación de bordes quirúrgicos 1 semana después. En este centro hospitalario se utiliza el Mohs modificado, en el que se trata ambulatoriamente al paciente, o sea que, se le aplica la técnica quirúrgica y se manda el tejido a patología; si al analizarla se evidencia tumor residual se programa nueva cirugía para el paciente.

La cirugía micrográfica de Mohs (MCM) se ha aplicado aproximadamente unas 10 –15 veces por año. Al principio se utilizaba más la

biopsia de excisión simple pero, donde se empezó a notar los beneficios del mapeo en la pieza quirúrgica para determinar en dónde exactamente quedaba tumor residual en los pacientes, se fue incrementando la utilización de la MCM. Prueba de ello es que la técnica se aplicó solamente a 2 pacientes en 1994, a 4 pacientes en 1995, a 5 pacientes en 1996, a 9 pacientes en 1997, a 14 pacientes en 1998, igual número en 1999 y a 25 pacientes en el 2000.

VI. Metodología

a) Tipo de estudio:

Descriptivo- compilativo

b) Recolección de la Información:

- Para la monografía:

Se recolectó de investigaciones previas documentadas en revistas científicas, internet y libros.

- Para el análisis descriptivo:

Se recolectó información revisando los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de tumor palpebral tratados en el Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles V. desde 1994 hasta el 2000.

c) Población en estudio: 96 expedientes.

d) Criterios de Inclusión:

Expedientes clínicos de todos los pacientes con diagnóstico de tumor palpebral tratados con Microcirugía de Mohs en el Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles V. encontrados en el período de estudio.

e) Criterios de exclusión:

Se excluyeron las historias clínicas que no tuvieran por escrito los datos que se solicitaban en la boleta de recolección de datos.

f) Variables de estudio

<i>Variable</i>	<i>Definición Conceptual</i>	<i>Definición Operacional</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Unidad de medida</i>
Aspectos epidemiológicos	Condiciones de la población más vulnerable.	Se obtendrá de la boleta de recolección de datos.	Cuantitativa Razón	Edad Sexo Ocupación Raza
Características clínicas	Hallazgos detectados en el momento del examen físico	Establecidas en el examen físico del paciente, descritas en el expediente clínico.	Cualitativa Nominal	En base al tumor: Tamaño, coloración, características a la palpación, invasión a estructuras vecinas
Hallazgos anatómopatológicos	Clasificación del tumor palpebral en base a sus características histopatológicas	Cambios histológicos en el tejido, según lo descrito en la historia clínica.	Cualitativa Nominal	Escamoso, basocelular, células sebáceas y melanoma maligno.
Tipo de tratamiento quirúrgico	Procedimiento que implica corte de tejido con fin de exploración diagnóstica y/o terapéutica.	Información obtenida de la boleta de recolección de datos	Cualitativa Nominal	Cirugía micrográfica de Mohs, biopsia de excisión simple.
Indicaciones quirúrgicas	Criterios utilizados para determinar la necesidad de procedimiento quirúrgico	En base a lo descrito en las historias clínicas.	Cualitativa Nominal	Aparecimiento de masa en párpado, masa de crecimiento rápido, antecedentes de cáncer en piel, invasión del tumor a estructuras vecinas.

Complicaciones posquirúrgicas	Situación adversa que ocurre luego de un procedimiento quirúrgico	Situaciones descritas en las historias clínicas.	Cualitativa Nominal	Infección de herida operatoria, hemorragia excesiva, lesión a estructuras vecinas.
Recurrencia del tumor	Reaparecimiento del cuadro clínico en un tejido ya tratado quirúrgicamente.	Obtención del total de pacientes que tuvieron sospecha de recurrencia después de la cirugía.	Cuantitativa Nominal	Total de casos.

g) Ejecución:

- Se solicitó autorización a las autoridades del Hospital Rodolfo Robles V. presentándoles el tema.
- Se presentó el tema al asesor y revisor.
- Se presentó el tema a las autoridades universitarias.
- Se procedió a recolectar la información en las diferentes bibliotecas.
- Se presentó protocolo de investigación a las autoridades del Hospital y al asesor y revisor.
- Se entregó el protocolo en la Unidad de Tesis de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Se procedió a realizar la revisión de historias clínicas en el Archivo del Hospital Rodolfo Robles V.
- Se tabularon los datos en forma manual.
- Se procedió a realizar el análisis e interpretación de los resultados.
- Se entregó el informe final al asesor y al revisor.
- Se entregó el informe final a las autoridades del Hospital Rodolfo Robles V.
- Por último se entregó el informe final a las autoridades de la Unidad de Tesis de la Facultad de Ciencias Médicas.

h) Análisis de los datos:

La información recolectada en el presente estudio fue tabulada manualmente presentándose los datos absolutos y en porcentajes, luego en

cuadros y gráficas estadísticas. Posteriormente se analizaron los datos y se sacaron las conclusiones del estudio, redactando también las recomendaciones pertinentes.

i) Aspectos éticos:

En la presente investigación no se tuvo contacto directo con los pacientes sino que únicamente se limitó a la revisión de registros médicos, los cuales se manejaron con alto grado de confidencialidad y de cuidado. Dichos expedientes clínicos se utilizaron con la finalidad de lograr una investigación científica, por lo cual se obtuvo el permiso respectivo de las autoridades correspondientes.

j) Recursos:

◆ Humanos:

- Personal de Bibliotecas (Facultad de Ciencias Médicas, Biblioteca Central de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Hospital Dr. Rodolfo Robles V., Biblioteca general de la Universidad Francisco Marroquín).
- Autoridades del Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles V.
- Personal de archivo del Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles V.

◆ Físicos:

- Computadora, Scanner e impresora.
- Fichas de trabajo
- Equipo de escritorio
- Libros de Texto
- Revistas científicas
- Internet
- Medline

◆ Institucionales:

- Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles V.
- Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala
- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.S.A.C.
- Biblioteca de la Universidad Francisco Marroquín.

◆ Económicos:

- Material de escritorio	Q 375.00
- Material de impresión	Q1200.00
- Viáticos	Q 400.00
Total:	Q1975.00

Lo cual fue financiado por la autora.

VII. Presentación y análisis de resultados

análisis descriptivo del tratamiento con la Microcirugía de Mohs en el Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles V., en el período de 1994 al 2000.”

Carcinoma	ladino	indígena	total	%	ladino	indígena	total	%	total
Basocelular	23	2	25	49	22	4	26	51	51
Cel. Escamosas	18	4	22	59	12	3	15	41	37
Indiferenciado	3	0	3	50	3	0	3	50	6
Glándulas sebáceas	1	0	1	50	1	0	1	50	2
Melanoma maligno	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	45	6	51		38	7	45		96

El carcinoma palpebral diagnosticado más frecuentemente es el tipo basocelular seguido, por orden de frecuencia, por el tipo de células escamosas, indiferenciado y finalmente, por el tipo de glándulas sebáceas. No se encontró algún caso de otro tipo de carcinoma.

Existe diferencia con respecto a la raza de los pacientes, siendo en su mayoría de etnia ladina; lo anterior puede estar asociado a que éstas personas tienen más facilidades de acceso al centro hospitalario en donde se realizó el estudio.

Con respecto al sexo más afectado, la literatura indica que es tipo de carcinoma es más común en hombres que en mujeres, lo cual no se evidenció en la población en estudio debido a que se diagnosticaron 51 casos en hombres y 45 casos en mujeres, lo cual no es considerado como significativo.

La frecuencia del apareamiento de éstos tumores se incrementa conforme aumenta la edad, lo cual se corrobora en este estudio pues se encontró que el grupo más afectado es el de las personas mayores de 60 años. Se da la máxima incidencia entre el rango de 70 a 80 años. Se puede evidenciar que son poco frecuentes los casos en pacientes menores de 40 años pero, cuando esta situación se da, hay peor pronóstico por el alto riesgo de recurrencia del tumor al paso de los años. A pesar de que la literatura indica que el tipo de células escamosas puede aparecer en edades más tempranas, no se encontró diferencia con respecto al tipo histológico del carcinoma y la edad del paciente en que apareció el mismo,

Está claramente documentado que el apareamiento de este tipo de carcinomas se relaciona directamente con la exposición prolongada a los rayos ultravioleta, al trabajo al aire libre, a alguna forma de radiación y al arsénico y/o herbicidas; por lo que se revisó en la papeleta de los pacientes la ocupación de éstos, encontrándose que la más alta incidencia se dio en amas de casa (siendo necesario el considerar que esto puede ser debido a que son personas mayores de 65 años en el momento en que consultaron). Los datos coinciden con la literatura pues el siguiente grupo más afectado es el de los agricultores, seguido por los albañiles; encontrándose pocas incidencias en pacientes que no tenían “aparentemente” estos factores de riesgo.

En cuanto al tiempo de evolución de los carcinomas palpebrales se corrobora lo que menciona la literatura con respecto al crecimiento rápido de los de tipo histológico escamoso, dado que la mayoría de ellos evolucionó en menos de 6 meses y esto se relaciona directamente con la agresividad del tumor. Con respecto a los tumores basocelulares, se corrobora también que pueden tener una evolución más prolongada, debido a que la mayoría de los casos encontrados, tienen un tiempo de evolución mayor de 1 año. De los carcinomas indiferenciados no se diagnosticó algún caso con más de 3 años de evolución; en el tipo histológico de glándulas sebáceas, los casos encontrados evolucionaron en menos de 2 años, tal y como lo menciona la literatura.

A los carcinomas de tipo basocelular se les ha dado el título de tener un “señor disfraz” debido a que presentan múltiples características clínicas dependiendo del estadio en que se encuentran y el patrón morfológico de los mismos; tal es el caso de los pacientes incluidos en este estudio en el que se encontró que la mayoría de ellos presentaban tres o más síntomas simultáneamente y que varían mucho de una persona a otra. Sin embargo los principales síntomas fueron: dolor local, lesión ulcerada con secreción de color amarillo-verdosa, masa nodular e indurada. Estos hallazgos ayudan a clasificar clínicamente el estadio del tumor, debido a que en la literatura se describe que en las primeras etapas se puede evidenciar una masa redonda, nodular y con superficie brillante; luego se va volviendo sinuoso, elongado, superficial con una ulceración a lo largo del margen palpebral y conforme avanza el tumor se va apreciando un exudado maloliente. Concordando con la teoría, varios pacientes con diagnóstico histológico de éste tipo de carcinoma presentaron únicamente un nevo como cuadro clínico, el cual es uno de los principales diagnósticos diferenciales.

Con respecto a la clínica de los pacientes con carcinoma de células escamosas se encontró que la mayoría de ellos presentó una masa dolorosa, eritematosa y de rápido crecimiento; al asociarlo con la teoría, nos indica que este tipo de carcinomas presenta estas características debido a que hay una proliferación de células epidermales que invaden a la dermis y que este tumor es más agresivo teniendo, por lo tanto, ese rápido crecimiento.

La mayoría de los pacientes con diagnóstico de carcinoma indiferenciado presentaron una masa de consistencia dura, la cual les provocaba dolor local y eritema, coincidiendo esto con la literatura y se resalta también la importancia del estudio histológico de estas masas debido a su similitud clínica con los carcinomas mencionados anteriormente.

Los dos pacientes con diagnóstico de carcinoma de glándulas sebáceas presentaron el cuadro clínico típico descrito por Hagedoorn, quien afirma que este tumor es difícil reconocerlo clínicamente pues tiene la habilidad de enmascararse como una blefaroconjuntivitis crónica o como un chalazión recurrente (31); ambos paciente tienen historia de padecer de chalaziones que no resolvían con el tratamiento convencional. Lo anterior se da debido a que este tipo de carcinoma surge de las glándulas de Meibomio, de Zeis, de las foliculares y/o de las sebáceas frontales; la mayoría de estos tumores se presentan en párpado superior debido a la abundante cantidad de glándulas que hay en esa región

Todos los pacientes con sospecha clínica de tumor palpebral fueron intervenidos en cirugía menor, debido a que es bien sabido que el diagnóstico que nos da el 100% de veracidad de todos estos tumores se realiza por un examen histopatológico del tejido. Tal y como lo indica la literatura, la principal localización de éstos tumores (excepto en el de glándulas sebáceas) es en párpados inferiores, siendo ésta la indicación para mencionado procedimiento en casi el 40% de los pacientes; lo cual es seguido (según el orden de frecuencia) por masa en párpados superior derecho, masa de crecimiento rápido, antecedentes de carcinoma en piel, masa en párpado superior izquierdo y nevus; todas éstas indicaciones están documentadas como criterios absolutos para realizar la cirugía.

La teoría indica que no todos los tumores pueden ser curados con la MCM; que la técnica no es óptima en todas las circunstancias y puede haber fallas del tratamiento por varias razones. Algunas lesiones pueden ser muy grandes o extenderse tanto que involucran estructuras adyacentes importantes, lo cual impide la remoción total del tumor y favorece a que se presenten complicaciones post- operatorias. Sin embargo, del total de pacientes incluidos en el estudio, ninguno presentó alguna complicación de tipo quirúrgico luego del procedimiento; la única complicación documentada es una infección de herida operatoria de un paciente que fue tratado con biopsia de excisión simple.

La literatura indica que la CMM tiene las más altas tasas de curación de los tumores palpebrales comparadas con otras modalidades terapéuticas, incluyendo neoplasias primarias y recurrentes. Estudios afirman que esta técnica tiene una tasa de curación del 98% en comparación con la biopsia de excisión simple en que los datos varían del 90 al 93%; con respecto a las tasas de recurrencia se puede afirmar la CMM alcanza un 3.7% , mientras que otros tratamientos alcanzan hasta el 9.7% (7) (11). Al comparar estos datos con la población estudiada se puede corroborar lo descrito anteriormente, debido a que no se ha detectado algún caso de recurrencia del tumor en pacientes a quienes se les realizó la CMM y que, 3 de los cuatro casos de recurrencia del tumor encontrados, fueron tratados con biopsia de excisión simple; el cuarto caso detectado tiene historia de haber sido tratado con médico particular en un centro asistencial privado hace 30 años, por lo que no se cuenta con datos confiables de los antecedentes del paciente.

VIII. Conclusiones

1. Dado el tiempo abarcado por el estudio (6 años) y la gran población atendida en el Hospital Rdolfo Robles., son relativamente pocos los casos de pacientes con diagnóstico de carcinoma palpebral (96 casos).
2. Los principales carcinomas palpebrales diagnosticados fueron del tipo basocelular y de células escamosas, presentándose más frecuentemente en personas ladinas mayores de 70 años y no encontrándose diferencia significativa en la incidencia entre hombres y mujeres.
3. Las principales características clínicas, según su frecuencia, fueron: dolor local, eritema y lesión ulcerada con secreción amarillo- verdosa; presentando todas los pacientes varios síntomas y signos combinados.
4. La mayoría de los carcinomas palpebrales evolucionaron en menos de 6 meses, siendo los del tipo basocelular lo que mostraron tener una evolución más prolongada.
5. La principal indicación quirúrgica fue la presencia de masa en párpados inferiores; no encontrándose complicaciones quirúrgicas luego de la MCM. Se detectaron 4 casos de recurrencia del tumor, los cuales eran del tipo basocelular.

IX. Recomendaciones

De acuerdo con los datos obtenidos en el estudio y con los patrones referidos en la bibliografía se recomienda lo siguiente:

1. Promover información sobre los beneficios de la protección solar y su relación con la disminución de la morbilidad por tumores palpebrales.
2. Fomentar en la población la consulta temprana y con ello, evitar la invasión del tumor a estructuras adyacentes.
3. Utilizar la cirugía Micrográfica de Mohs como método diagnóstico de toda masa en la que se sospeche tumor palpebral.
4. Promover el seguimiento de los pacientes para detectar tempranamente una recurrencia del tumor.

X. Resumen

Estudio descriptivo – compilativo con información obtenida de los expedientes de los casos con diagnóstico de tumor palpebral diagnosticados en el Hospital de Ojos y Oídos “Dr. Rodolfo Robles V.” en el periodo de 1994 al 2000.

Se presenta primero una monografía sobre los carcinomas palpebrales malignos más frecuentes y su principal método diagnóstico y terapéutico, la Cirugía Micrográfica de Mohs. Luego se expone un análisis descriptivo sobre las características, diagnóstico y manejo de mencionados carcinomas.

Se revisaron 96 expedientes que son el total de casos diagnosticados con carcinoma palpebral, obteniéndose como principales resultados: que el principal factor de riesgo es la exposición prolongada al sol; que el riesgo de padecer esta patología va incrementando conforme avanza la edad, siendo su máxima incidencia después de los 70 años , que el tipo histológico basocelular es el más común y que se debe utilizar la CMM antes que cualquier otra modalidad diagnóstica y terapéutica.

Las recomendaciones del estudio son promover información sobre los efectos de la exposición a la luz solar y otro tipo de radiación en la piel, fomentar en la población la consulta temprana para evitar complicaciones permanentes, utilizar la CMM como método diagnóstico y terapéutico en este tipo de pacientes, a quienes se les debe dar seguimiento para evitar la recurrencia.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Aubry F, MacGibbon B, Risk Factors of Squamous Cell Carcinoma of the Skin. *Cáncer* 55: 907-911, 1985.
2. Bosniak S. Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery. Dept. of Otorrinolaringology, Grand Rounds. Febrero 1996
3. Carter KD, Nerad JA, Whitaker DC. Clinical factors influencing periocular surgical defects after Mohs Micrografic surgery. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 1999 Mar;15(2):83-91.
4. Corcoan T, Mohs Micrografic Surgery.
<http://www.som.tulane.edu/departaments/dermatology/mohs.html>
5. Doxanas M, Green R. Factors in the successful surgical manamegent of basal cell carcinoma of the eyelids. *A J of Ophthal.* June 1982 91;726-736
6. [file:/// A:/Web MD-Basal cell cancer.htm](file:///A:/Web MD-Basal cell cancer.htm)
7. <file:///A:/WebMD-Skin cancer.htm>
8. <file:///A:/WebMD-Squamous cell carcinoma.htm>
9. Geisse J. <http://www.solderm.com./mohs/micrografic.htm>
10. Goldminz D. Mohs surgery indications. *North Dermatol A.* July 1997
11. Gutiérrez M, González F. Epiteliomas espinocelulares palpebrales:18 casos. *Arch Soc Esp Oftal.* Oct.2000.
12. Hendrix JD, Parlette HL. Micronodular basal cell carcinoma. A deceptive histologic subtype with frequent clinically undetected tumor extension. *Arch Dermatol,* 1996 Mar;132(3):295-8.

14. Hornonblaus A. Tumors of the ocular adnexa and orbit. Tercera edición. Ed. Mosby. New York, 1981.
15. Kersten RC, Chow DE. Accuracy of Clinical Diagnosis of Cutaneous Eyelid Lesions. *Ophthalmol* 1997;104:479-484.
16. Klin MA. Clinical and histologic features of 141 primary basal cell carcinomas of the periocular region and their rate of recurrence after surgical excision. *Ophthalmol* 2000 Oct;217(4):207-14.
17. Lang PG, Osguthorpe JD. Micrographic surgery for the microscopically controlled excision of eyelid cancers. *Arch Ophthalmol* 1986 Jun;104 (6) :901-9.
18. López RM, Ponce JM, Pellicer LL. Queratoacantoma versus carcinoma de células escamosas: un dilema diagnóstico y terapéutico. *Arch Soc. Esp. de Oftalmol* enero :1998
19. McCord CL. <http://www.med.jhu.edu/cancectr/mohs/mohs.htm>
20. Medical Policy Manual. Mohs surgery. Julio 2000.
21. Miller PK, Roenigk RK, Brodland DG, Ranel HW. Cutaneous micrographic surgery: Mohs procedure. *Mayo Clinic Proc* 1992 Oct; 67(10):971-80.
22. Narsing A, Scott AD, Romero JL. Bilateral carcinomas of the eyelid. *Am J of Ophthalmol* 101;480-482, Abril 1996
23. Ovnick KT, Sara GO. Mohs surgery helps prevent melanoma recurrence. [http:// www.emory.edu/WHSC/](http://www.emory.edu/WHSC/)
24. Shiriner DL, McCoy DJ, Wagner RF. Mohs Micrographic Surgery. *J Am Acad Dermatol* 1998 Jul;39(1):79-97.

25. Silverman MK, Kopf AW, Grin CM, Bart RS, Levesntein MJ. Recurrence rates of treated basall cell carcinomas. Part 1. J Dermatol Surg Oncol 1991 Sep;17 (9):713-8.

26. SilvermanMK, Kopf AW, Grin CM, Levenstein MS. Recurrence rates of treated basal cell carcinomas. Part 3. J Deermatol Surg Oncol 1992 Jun;18(6):471-6

27. Smiths FA, Levine MR, Lisman RD. Ophthalmic Plastic and Reconstructibve Surgery. Mosby. Segunda Edición. 1: 609-35,560-71.

28. Velasco AL, Gordo DB, Peña AA. Melanoma del borde libre del párpado: manejo clínico y estudio onco-patológico. Arch Soc Esp of Oftal 2000 Octubre..

XII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIDAD DE TESIS

“Monografía sobre los tumores palpebrales malignos y análisis descriptivo del tratamiento con microcirugía de Mohs en el Hospital de Ojos y Oídos Dr. Rodolfo Robles V., en el período de 1994 al 2000”

Ma. del Carmen Berganza Guerrero

Nombre del paciente: _____ No. Historia _____

Edad: _____ Raza: _____ Ocupación: _____ Sexo: _____

Principales características clínicas: _____

Tiempo de evolución de la masa _____

Hallazgos anatómo-patológicos: _____

Tratamiento: _____

Indicación para la cirugía: _____

Complicaciones post-quirúrgicas: _____

Fecha de recurrencia del tumor (si es que se dio el caso): _____

Observaciones: _____

