

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN ANATOMÍA PATOLÓGICA  
INSTITUTO ANATOMOPATOLÓGICO “DR. JOSÉ ANTONIO O’DALY”

**TUMORES DEL PÁRPADO: ESTUDIO CLÍNICO PATOLÓGICO**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Anatomía  
Patológica

Marcos Antonio Graells Pérez

Tutora: María Eugenia Orellana

Caracas, noviembre 2018

---

Dra. María Eugenia Orellana

Jefa de la Sección de Patología Ocular

Tutora

---

Dra. Ghislaine Céspedes

Directora del Programa de Especialización en Anatomía Patológica

---

Dra. María Eugenia Orellana

Coordinadora del Programa de Especialización en Anatomía Patológica

## ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN .....	6
MÉTODOS .....	25
RESULTADOS.....	28
DISCUSIÓN .....	38
REFERENCIAS.....	42
ANEXOS.....	45

### ***TUMORES DEL PÁRPADO: ESTUDIO CLÍNICO PATOLÓGICO***

Marcos Antonio Graells Pérez. CI: 17.869.782. Residente del Programa de Especialización en Anatomía Patológica. Instituto Anatomopatológico “Dr. José A. O’Daly”. Teléfono: 0414-0811807. Correo electrónico: [ma\\_gp20@hotmail.com](mailto:ma_gp20@hotmail.com)

Dra. María Eugenia Orellana. CI: 6.189.023. Profesora Asociada. Jefa de la Sección de Oftalmopatología. Instituto Anatomopatológico “Dr. José A. O’Daly”. Teléfono: 0212-6053490. Correo electrónico: [euorellana@gmail.com](mailto:euorellana@gmail.com)

### **RESUMEN**

El párpado, puede presentar múltiples lesiones tumorales, benignas o malignas. Del diagnóstico temprano, dependerá el adecuado estudio de las biopsias y un manejo clínico acertado. Una eficiente y confiable información estadística nos permitirá además, la adecuada orientación de estas patologías, que finalmente se traducirá, en el descenso de los resultados adversos que las mismas generan. **Objetivo:** conocer las características clínico-patológicas de los diferentes tipos de tumores palpebrales. **Métodos:** la población estuvo conformada por todos los especímenes de biopsia, referidos como tumores palpebrales, recibidos en la Sección de Oftalmopatología del Instituto Anatomopatológico “Dr. José Antonio O’Daly” de la Universidad Central de Venezuela, entre 2009 y 2017. Todos los casos fueron analizados mediante la revisión de las solicitudes de biopsia y la revisión de láminas histológicas, para la determinación de las características histopatológicas. **Resultados:** Los tumores palpebrales representaron el 18,21 % de las biopsias recibidas en la Sección de Oftalmopatología. El mayor número de casos se presentó en el grupo etario de 41-60 años de edad (41,42 %). Hubo predominio de mujeres (62,80 %) y el lado más afectado fue el izquierdo (54,36 %). Los tumores con mayor frecuencia fueron los de origen epitelial: 186 casos (41,42 %). **Conclusión:** La frecuencia de tumores palpebrales en nuestro medio es similar a la publicada en otros países. En este trabajo se evidenció una relación significativa entre la edad, el género y el tipo de tumor presente. Del mismo modo podemos concluir, la concordancia de nuestros resultados con la de otras series estudiadas.

**PALABRAS CLAVE:** tumores, párpado, tumor benigno, tumor maligno, oculoplastia.

## ***EYELID TUMORS: CLINICAL-PATHOLOGICAL STUDY***

### **ABSTRACT**

The eyelid can present multiple tumor lesions, benign or malignant. From the early diagnosis, the adequate study of the biopsies and an appropriate clinical management will depend. Efficient and reliable statistical information will also allow us the proper orientation of these pathologies, which will eventually result in the decrease of the adverse result they generate. **Objective:** to know the clinical-pathological characteristics of the different types of palpebral tumors. **Methods:** the population consisted of all biopsy specimens, referred to as palpebral tumors, received in the Ophthalmopathology Section of the Anatomopathological Institute “Dr. José Antonio O’Daly” from the Central University of Venezuela, between 2009 and 2017. All the cases were analyzed by reviewing the biopsy requests and the review of histological slides, for the determination of the histopathological characteristics. **Results:** The palpebral tumors represented 18,21 % of the biopsies received in the Ophthalmopathology Section. The largest number of cases was presented in the age group of 41-60 years of age (41.42 %). There was a predominance of women (62.80 %) and the most affected side was the left side (54.36 %). The tumors with greater frequency were those of epithelial origin: 186 cases (41.42 %). **Conclusion:** the frequency of palpebral tumors in our environment is similar to that published in other countries. In this work a significant relationship between age, gender and the type of tumor present was evidenced. Correct clinical information was not obtained that allowed to establish a clinical pathological correlation. In the same way, we can conclude, the concordance of our results with that of other series studied.

**KEY WORDS:** tumors, eyelid, benign tumor, malignant tumor, oculoplastic.

## **INTRODUCCIÓN**

Existe una gran variedad de lesiones tumorales e inflamatorias que tienen su origen en el párpado. Esta área anatómica, está compuesta por cuatro capas reconocibles histológicamente: piel, capa muscular, tarso y conjuntiva palpebral. A su vez, existe una cantidad variable de anexos cutáneos, que se encuentran normalmente dentro del mismo, y que pueden también dar origen a tumores primarios. <sup>(1)</sup>

El párpado es una estructura par, delgada, compuesta por tejido conectivo y muscular en el centro, revestido por piel en la cara palpebral y tejido plano estratificado no queratinizado en la cara tarsal, con presencia de anexos cutáneos anatómicamente distribuidos. El margen para el alojamiento de lesiones es estrecho, por ello, la presencia de diversos signos y síntomas se hacen notar con mayor facilidad. El aumento de volumen palpebral así como la afectación del campo visual, constituyen las manifestaciones clínicas más importante de estas enfermedades. También es posible observar alteraciones de los movimientos oculares, dolor y cambios de coloración. <sup>(1,2)</sup>

### **Planteamiento y delimitación del problema**

Existen diversas clasificaciones de patologías tumorales palpebrales, muchas de ellas están en relación a la capa que les da origen. Es frecuente encontrar tres grandes categorías: benignas, premalignas y malignas. Todas estas lesiones presentan en menor o mayor medida, afectación en la esfera oftalmológica así como también repercute en su calidad de vida. <sup>(1,3)</sup>

En Venezuela, existen pocos trabajos que indiquen datos epidemiológicos y características morfológicas de los tumores de párpado. Por este motivo, para observar los tipos de tumores presentes, clasificarlos y dar a conocer sus características morfológicas y epidemiológicas, nos planteamos estudiar la características clínico patológicas de estos tumores, recibidos en la Sección de Oftalmopatología del Instituto Anatomopatológico “Dr. José A. O’Daly”, Centro Nacional de Referencia en Anatomía Patológica, entre los años 2009 y 2017.

Los tumores del párpado son un tema de mucha relevancia para el médico oftalmólogo, pues el diagnóstico adecuado y rápido es decisivo para el tratamiento y la posibilidad de un mejor pronóstico para el paciente.

### **Justificación e importancia**

Aproximadamente, el noventa por ciento de las lesiones cancerígenas de piel se desarrollan en la cabeza y cuello, sin embargo el diez por ciento de los mismos corresponde a neoplasias palpebrales. <sup>(4)</sup>

Aunque no son frecuentes, tienden a causar molestias locales así como también pueden llegar a comprometer la capacidad visual de los pacientes. Por ese motivo, es importante considerar estas neoplasias, al momento de realizar un diagnóstico diferencial con otras lesiones de piel y anexos cutáneos. Si bien la clínica puede proporcionar datos indirectos de malignidad, sólo la biopsia de la lesión proveerá un diagnóstico definitivo y permitirá iniciar un tratamiento oportuno en el mayor número de casos.

Ni el médico clínico, ni el anatomopatólogo disponen en Venezuela de datos estadísticos claros y confiables que les orienten en el manejo o el estudio de pacientes con tumores palpebrales. Por esta razón, se plantea dar a conocer las características clínico patológicas de las lesiones palpebrales identificadas en el instituto, verificar los tipos y determinar su frecuencia.

### **Antecedentes**

Se han realizado diversas publicaciones internacionales sobre los distintos tipos de tumores de piel y ubicados en los párpados. En la mayoría de los estudios revisados, se describe predominio de la patología tumoral benigna, y de ellas la patología epitelial corresponde el mayor número de casos.

Domingo *et al*, concluyeron que las lesiones más comunes fueron quísticas (32,2 %), nevus (19,7 %), papiloma escamoso (19,4 %) siendo el sexo femenino el más afectado. Por otra parte, los neurofibromas fueron observados en pacientes jóvenes mientras que la queratosis

seborreica, fue observada más en pacientes de edades avanzadas. El carcinoma de células basales así como también el carcinoma de la glándula sebácea fueron las lesiones malignas con más frecuencia observadas (30,6 %), de igual modo, más frecuente en las mujeres que en los hombres. Junto a estas lesiones mencionadas, el carcinoma de células escamosas, melanoma y el linfoma, completaron las 5 lesiones malignas más frecuentes en el estudio, con 96,6 % de la totalidad, observadas en edades comprendidas entre los 53,64 a los 63,23 años de edad. <sup>(5)</sup>

Un estudio retrospectivo realizado en el periodo 1981-2009 en el Servicio de Oftalmología del Hospital de Clínicas Universidad Nacional de Asunción en Paraguay, reportó 241 casos: 162 en mujeres y 79 en hombres. En ambos géneros, se encontró una mayor frecuencia en la cuarta década de vida. Por su comportamiento, los tumores del párpado se clasificaron en benignos (164 casos, que representaron 68 % de la muestra) y malignos (77 casos que representaron el 32 % de los casos). Del total de tumores benignos, los principales diagnósticos fueron: chalazion en 25 pacientes (15,2 %), quiste de inclusión epidérmico en 17 pacientes (10,3 %), quiste dermoide en 14 pacientes (8,5 %). De los tumores malignos, las principales patologías diagnosticadas fueron: carcinoma basocelular en 63 pacientes (82 %), carcinoma escamoso en 7 pacientes (9 %), carcinoma sebáceo en 6 pacientes (7,7 %). <sup>(3)</sup>

En otro trabajo, retrospectivo realizado en el periodo 2000-2007, realizado en el Departamento de Oftalmología del Hospital del Condado de Oradea, en Rumania, reportaron 471 casos, clasificados como: 114 pseudotumores, 102 tumores benignos y 225 casos de tumores malignos. En cuanto al género: 259 casos fueron en hombres mientras que 212 casos fueron mujeres, siendo la edad media de 49,5 años. Las lesiones pseudotumorales fueron más frecuentes en pacientes jóvenes prevaleciendo la cuarta década de la vida, sin embargo, entre la cuarta y quinta década fueron hallados con mayor frecuencia los tumores benignos y de la quinta y sexta década de la vida, los tumores malignos. El párpado con mayor frecuencia afectado fue el párpado inferior con 222 casos. Entre las lesiones benignas más frecuentes, se observó: papilomas escamosos (84 casos), queratosis seborreica hiperqueratósica y acantolítica. De las lesiones malignas, el carcinoma de

células basales fueron observadas en 185 casos (39,2 %), seguido del carcinoma escamoso con 50 casos (10,5 %), carcinoma sebáceo en 5 casos (1,1 %).<sup>(6)</sup>

En otro estudio retrospectivo, realizado en el periodo 2001-2005, en el Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, en México, se estudiaron 4201 casos, de los cuales 2829 (67 %) fueron del sexo femenino y 1372 (33 %) fueron masculino. La edad de presentación fueron desde cuatro meses hasta ciento tres años, con un promedio de 44,5 años, el predominio fue en el sexo femenino. El tumor benigno más frecuente fueron los nevus con 723 casos (17 %), mientras que el tumor maligno más frecuente fue el carcinoma basocelular con 503 casos (11 %).<sup>(7)</sup>

En otro análisis retrospectivo, realizado en el periodo 1995-2015 en un Centro Médico Terciario en Taiwan, se estudiaron 4521 casos confirmados como tumores del párpado, de los cuales: 4294 (95 %) casos correspondían a tumores benignos y 227 (5 %) casos correspondían a tumores malignos. La edad promedio fue significativamente alta para los pacientes con tumores palpebrales malignos que aquellos con tumores palpebrales benignos (72,5 y 55,4 años respectivamente). El tumor benigno palpebral más frecuente correspondió al nevus intradérmico (21,1 %), seguido de la queratosis seborreica (12,6 %) y xantelasma (11,2 %). La neoplasia palpebral maligna más frecuente correspondió al carcinoma de células basales (57,8 %), seguido del carcinoma de glándulas sebáceas (21,1 %). Hubo mayor incidencia en hombres que mujeres (63,4 % y 49,2 % respectivamente).<sup>(8)</sup>

Un análisis retrospectivo, realizado en el 2004, sobre los tumores malignos del párpado, tratados en los últimos 17 años en el Hospital Universitario de Yamagata en Japón, refieren que en un total de 38 casos; 15 (39,5 %) fueron diagnosticados como carcinoma de células basales, 11 casos (28,9 %) como carcinoma de glándulas sebáceas y 4 casos (10,5 %) como carcinoma de células escamosas. Por otra parte, tres casos fueron concluidos como melanoma maligno, 2 casos como adenocarcinoma y un caso como carcinoma de células de Merkel, un caso correspondió a un tumor de la vaina periférica del nervio y un caso diagnosticado como linfoma. El rango de edad de los pacientes, se encontraba entre los 45 a 92 años de edad.<sup>(9)</sup>

## Marco teórico

Los párpados están compuestos por cuatro capas: piel, músculo, tarso y conjuntiva. La conjuntiva palpebral constituye la capa más interna mientras que la epidermis constituye la capa más externa. <sup>(1,2)</sup>

Dentro de la dermis, se observan fibras musculares estriadas con disposición circular (músculo orbicular) y se encarga de la apertura y cierre de los párpados. Debido a que la disposición de las fibras musculares es superficial, muchas de las lesiones benignas de la dermis tienden a comprometer el músculo sin ser invasivas. Son pocas las partes del cuerpo donde podemos observar la cercanía de las fibras musculares estriadas esqueléticas a la superficie epidérmica como es en éste caso. <sup>(1)</sup>

La piel del párpado tiene un alto potencial elástico, sin embargo el tejido celular subcutáneo está disminuido, lo cual implica que la piel del párpado sea tan delicada más que en cualquier otra parte del cuerpo. El tarso, está constituido por bandas de tejido fibroelástico lo que le da mayor rigidez a los párpados, sin embargo dicha composición es mayor en el párpado superior que en el inferior. Las glándulas de Meibomio, están orientadas verticalmente en el tarso, y están compuestas por 30 a 40 glándulas en el tarso superior y de 20 a 30 glándulas en el inferior. Las glándulas lacrimales accesorias o de Wolfring están localizadas en el tarso superior. El estroma de la conjuntiva palpebral es delgado y esta adyacente al tarso. En la unión mucocutánea, el epitelio de la conjuntiva es estratificado escamoso y pasa a ser pseudoestratificado cilíndrico con células caliciformes en el área tarsal. El surco orbito-palpebral, subdivide el párpado superior en una porción preorbital y en la región pre tarsal más inferior. Las fibras estriadas del músculo elevador del párpado superior se insertan anteriormente, a una membrana fibrosa compacta lo que forma la aponeurosis del músculo elevador. Tal aponeurosis se fija a la porción medial y lateral del anillo orbitario y envía bandas de colágeno a través de septum orbital hasta la dermis. El músculo liso de Müller originado por el conjunto de fibras del elevador palpebral superior, en el párpado superior respectivamente y por el recto inferior en el párpado inferior se

inserta a la banda tarsal y el colágeno denso a las fibras profundas del músculo orbicular. <sup>(1, 2)</sup>

El margen de cada párpado presenta cilias, aproximadamente 150 en el párpado superior y 75 en el inferior. Cada estructura ciliada, está asociada a su respectivo folículo piloso, glándulas sebáceas y glándulas apocrinas. <sup>(1)</sup>

La unión entre la piel y la conjuntiva está ubicada posteriormente al margen del párpado justo cercano a la apertura de ducto de las glándulas de Meibomio. Anterior a la apertura del ducto y detrás de la hilera de pestañas se encuentra la línea gris y se extiende a lo largo del párpado. <sup>(1)</sup>

Existe una gran variedad de apéndices epidérmicos en el párpado Las glándulas sebáceas son de tres tipos: las glándulas de Zeis, las cuales están asociadas a las pestañas, las glándulas de Meibomio, localizadas en el tarso, y pequeñas unidades pilosebáceas cubriendo el resto del párpado. A su vez también se identifican las glándulas apocrinas de Moll, las cuales están relacionadas a las pestañas, las glándulas sudoríparas ecrinas están localizadas a lo largo de los párpados. <sup>(1, 10)</sup>

Los vasos arteriales, oftálmicos y lacrimales son los que se encargan de irrigar todo el párpado. Las venas, están situadas en el fórnix superior e inferior de la conjuntiva formando un plexo denso. Éstas son mucho más largas y numerosas que las arterias. El drenaje linfático está compuesto por los plexos pretarsales y post-tarsales que se comunican unos con otros, a través de comunicantes linfáticos. Los linfáticos de los dos tercios externos del párpado superior y el tercio externo del párpado inferior drenan a los ganglios linfáticos preauriculares. Los linfáticos de los dos tercios internos de la parte inferior del párpado y de la tercera parte interna del párpado superior drenan a los ganglios linfáticos submandibulares. <sup>(1)</sup>

## **Tumores del párpado**

La gran cantidad de tumores en el párpado, reflejan la diversidad de tejidos que este posee, los mismos pueden o ser tumores benignos, hasta malignos con potencial metastásico. Muchos de ellos son similares aquellos que se desarrollan en otras áreas expuestas al sol, sin embargo la excepción de esta regla lo constituyen aquellos tumores de especialización glandular sebácea debido a que los mismos son raros observarlos en otras regiones del cuerpo. Como cualquier otro tumor, los tumores del párpado de acuerdo a su pronóstico y características pueden ser benignos o malignos. En su mayoría, corresponde a tumores de origen cutáneo, epiteliales, sin embargo las lesiones benignas epiteliales así como el carcinoma de células basales, lesiones quísticas y las lesiones melanocíticas representan el 85% de la mayoría de los tumores palpebrales. <sup>(1, 10)</sup>

## **Tumores de la epidermis**

- **Papiloma de células escamosas (papiloma fibroepitelial):** es el tumor benigno más frecuente del párpado y se observa como una lesión elevada e irregular en el párpado. Pueden ser sésiles o pedunculados, y su color es similar al del tejido adyacente. Microscópicamente, estas lesiones están compuestas por proyecciones digitiformes de tejido conectivo vascularizado revestido por un epitelio acantolítico, con paraqueratosis y paraqueratosis focal. <sup>(1, 10, 11)</sup>
- **Queratosis seborreica (papiloma de células basales, verruga senil):** lesión benigna, única o múltiple, frecuente en adultos mayores y ancianos; pueden variar entre blanquecinas hasta ser oscuras, bien delimitadas, de superficie lisa o con ligeros relieves, friables y de variados tamaños. Acorde a las características histológicas predominantes, las lesiones se clasifican en: hiperqueratósicas, acantóticas y adenoideo. Lesiones compuestas por un solo patrón histológico son infrecuentes. Las lesiones hiperqueratóticas, presentan capas de queratinas dispuestas concéntricamente y presentan una alta tendencia a la papilomatosis. Las lesiones de tipo acantóticas la epidermis esta notablemente desordenada y la hiperqueratosis está reducida. Las lesiones de tipo adenoideas presentan epidermis

menos queratinizadas y presenta proyecciones papilares más elongadas y a su vez presentan doble capa de células basaloides. <sup>(1, 10, 11)</sup>

- **Queratosis folicular invertida (queratosis seborreica irritativa):** se presenta como una lesión nodular o verruga, con mayor frecuencia en el margen de los párpados. Puede simular una lesión melanocítica y puede recurrir si no es completamente retirada. Histopatológicamente, la epidermis muestra áreas de acantosis interpuesta con áreas de acantolisis. <sup>(1, 12)</sup>
- **Hiperplasia pseudocarcinomatosa:** es una condición benigna que simula una lesión maligna, puede ser confundida clínica e histopatológicamente con el carcinoma de células basales o escamosas. Usualmente son elevados, de superficie irregular ulcerada. Puede ocurrir en cualquier parte del párpado. Puede generarse secundario a infecciones, drogas, quemaduras, radiación y tumores. Histopatológicamente, se observa acantosis invasiva pero las características etiológicas de malignidad están ausentes. <sup>(1, 12)</sup>
- **Queratoacantoma (carcinoma de células escamosas, variedad acantomatoso):** es una lesión de piel de crecimiento relativamente rápido. Se considera una variante de la hiperplasia pseudocarcinomatosa y está relacionada a las áreas expuestas al sol y al párpado inferior. Clínicamente se presenta como una lesión nodular con una depresión central y bordes elevados. Histológicamente, la lesión presenta epitelio escamoso regular y bien delimitado de la dermis adyacente con reacción inflamatoria moderada. Los neutrófilos se organizan formando microabscesos entre las islas de epitelio escamoso. <sup>(1, 13)</sup>
- **Queratosis actínica (queratosis solar, queratosis senil):** lesión precancerosa o premaligna, más común del párpado, debido a la exposición prolongada a los rayos solares sin la debida protección. Son lesiones que miden escasos milímetros de diámetro, únicos o múltiples, irregulares, queratóticas, lisas o sobre elevadas eritematosas, relacionadas a sitios con exposición solar. Rara vez progresan a carcinoma de células escamosas. Histológicamente, la dermis superficial muestra de moderado a severa degeneración basofílica del colágeno con moderado infiltrado linfoplasmocitario. De acuerdo al predominio de las características histológicas,

puede ser: hipertrófico o atrófico. Se debe realizar biopsia excisional con el fin de evidenciar la presencia de displasia o carcinoma in situ. <sup>(1, 13, 14)</sup>

- **Enfermedad de Bowen:** clínicamente aparece como una placa eritematosa, pigmentada, rugosa o queratótica, bien delimitada, con márgenes sobre elevados. No hay predisposición por sexo, sin embargo tiende a afectar más en raza blanca. Está relacionado a la exposición de productos derivados del petróleo, traumas, daños dérmicos secundarios a radiaciones. Microscópicamente, la lesión típica muestra hiperqueratosis, paraqueratosis y placas con acantosis. La epidermis exhibe pérdida de la polaridad celular y maduración queratinocítica atípicas en todos los niveles de la epidermis. Tiende a afectar además, el epitelio del folículo piloso así como también el epitelio de las glándulas sebáceas. <sup>(1)</sup>
- **Carcinoma de células escamosas:** representa del 2 al 6 % de las neoplasias malignas en piel, no es frecuente su aparición en el párpado. Afecta por lo general a personas mayores y se manifiesta clínicamente como una lesión única, elevada, nodular o como una placa de bordes irregulares, en ambos casos se observa un centro ulcerado. Puede presentar áreas granulares externas. Tiene buen pronóstico al ser removido de forma completa y las metástasis son poco comunes. Microscópicamente, la lesión bien diferenciada está compuesta por células poligonales con abundante citoplasma eosinofílico. Podemos observar células disqueratósicas y formación de perlas córneas. Pueden ser observados también puentes intercelulares, los núcleos son prominentes e hiper cromáticos. Se puede observar a su vez, una variante de células ahusadas que pueden comprometer la piel del párpado e histopatológicamente puede ser confundido con sarcomas, fibrosarcomas o histiocitomas fibrosos. <sup>(1, 14, 15)</sup>
- **Carcinoma de células basales:** es la tumoración maligna más frecuente del párpado, representa el 80-90 % de todas las neoplasias epiteliales malignas del párpado. Afecta con mayor presencia el párpado inferior y el canto interno en pacientes de avanzada edad. Las exposiciones prolongadas al sol constituyen un factor predisponente. Está relacionado a otras lesiones como nevus sebáceo de Jadassohn y dermatofibromas. Presenta tres tipos clínicos: nodular, ulcerativo y

esclerosante. El tipo nodular se presenta como un nódulo perlado simple con pequeños vasos telangiectásicos en su superficie, pueden a su vez ser pigmentados debido a la presencia de melanina o hemorrágicos por deposiciones de hemosiderina. El tipo ulcerativo es similar al anterior, sin embargo presenta una depresión ulcerativa central y el tipo esclerosante o morfeiforme, se presenta como una placa pálida, bien definida e indurada.

Dependiendo a su patrón de crecimiento, pueden ser clasificados histológicamente como multicéntricos, nodulares, ulcerativos, infiltrativos y de tipo mixtos; éstos a su vez pueden ser subclasificados como sólidos, adenoideos y metatípicos. <sup>(1, 15, 16)</sup>

### **Tumores benignos de origen glandular ecrino y apocrino**

- **Hidrocistoma:** se pueden desarrollar en ambas glándulas, son lesiones pequeñas translúcidas, nódulos quísticos que miden aproximadamente de 1 a 3 mm de diámetro. Los ecrinos, tienden a ser uniloculares, delimitados por una doble hilera de células cuboidales sin proyecciones papilares dentro del lumen. Los apocritos, usualmente son multiloculados con proyecciones papilares que se extienden hacia la luz. La pared quística y las proyecciones papilares, están revestidas por una doble capa de epitelio. La capa interna consiste en células columnares altas, que muestran secreción por decapitación y la capa externa, formada por mioepitelio. Los hidrocistomas apocritos cuando presentan numerosas proyecciones papilares hacia la luz, pueden ser diagnosticados como cistadenoma apocrino. <sup>(1, 12, 13)</sup>
- **Siringoma:** tumor ecrino común benigno del párpado. Predominantemente en mujeres jóvenes cerca de la pubertad. Tienden a ser lesiones múltiples, amarillentas, nodulares de 1 a 2 mm. Y microscópicamente cada nódulo está compuesto de pequeños ductos embebidos en un denso estroma fibroso. Los ductos están constituidos por dos o más hileras de células epiteliales. La hilera más interna es plana y puede ser vacuolada o queratinizada. El lumen puede presentar material mucoide o queratina. <sup>(1, 11, 12)</sup>
- **Acrospiroma ecrino:** clínicamente es una masa dérmica quística o sólida, única, unilocular. La piel alrededor de la lesión es de color rosado, o azulado y

microscópicamente la lesión es lobulada, bien circunscrita, compuesta por dos tipos de células epiteliales dentro de los lóbulos; una de ellas presenta citoplasma eosinófilo y la otra presenta un citoplasma claro debido a la acumulación de glucógeno. Hay áreas donde se puede observar la transición entre células eosinófilas y claras, sin embargo cuando la lesión tumoral está compuesta por células claras totalmente, reciben el nombre de hidradenomas. <sup>(1, 12)</sup>

- **Adenoma pleomórfico:** puede desarrollarse tanto de glándulas ecrinas como de apocrinas o de las glándulas lagrimales accesorias. Es una lesión intradérmica, multilobulada, de alrededor 0,5 a 2 cm de diámetro. Histológicamente, están compuestas de estructuras tubulares revestidas por una doble capa de células epiteliales embebidas en un estroma que puede ser condroide o mucoide. La capa de células más interna del ducto son secretoras y la profunda corresponde a células mioepiteliales. <sup>(1, 10, 12)</sup>

### **Tumores malignos de las glándulas sudoríparas ecrinas**

- **Adenocarcinoma ecrino:** es una masa indurada, nodular con márgenes infiltrantes y cuya infiltración puede afectar tanto el párpado superior como el inferior. El tumor puede extenderse a la órbita extenderse a los ganglios linfáticos regionales. Tiende a medir de 0,4 a 2,5cm y afectar a los adultos jóvenes. Histológicamente, se dividen en dos grandes grupos, dependiendo si la producción de mucina es demostrada usando la coloración de azul alciano o mucicarmín. Su morfología e inmunohistoquímica es similar al carcinoma de mama e incluye el carcinoma ductal infiltrante (variante clásica), el tipo mucinoso y el tipo pobremente diferenciado. Algunos de los adenocarcinomas ductales infiltrantes ecrinas, tienen un estroma desmoplásico, y algunos ductos tienen una forma similar a la “coma” y son llamados adenocarcinomas siringoides. La variante mucinosa, presenta secreción de mucina, en la cual cordones alargados y lóbulos de células epiteliales flotan en grandes lagos de mucina, separados por finos septos fibrovasculares. El tipo indiferenciado, presenta pequeños agregados de células infiltrantes de los tejidos

blandos del párpado y la característica principal de estas células, es la presencia de atipias y de vacuolas que hacen parecer, células en anillo de sello. <sup>(1)</sup>

- **Adenocarcinoma apocrino:** entidad rara y por lo general se desarrollan a partir de las glándulas de Moll; se presenta como una masa nodular. El patrón más común es el cistadenocarcinoma. Está descrito que tiene poco potencial de malignidad o comportamiento parecido al carcinoma de células basales, sin embargo puede llegar a metastatizar a los ganglios linfáticos regionales. <sup>(1)</sup>

### **Tumores benignos y malignos de las glándulas sebáceas**

- **Hiperplasia sebácea:** ocurre predominantemente en la piel de la cara y del cuero cabelludo de pacientes ancianos. Pueden afectarse las glándulas de Meibomio y las glándulas sebáceas de la carúncula. Clínicamente son lesiones nodulares amarillentas, pequeñas de 2 a 3 mm, múltiples, suaves y algunas son umbilicadas. Histológicamente, cada tumor consiste en una glándula sebácea alargada con muchos lóbulos agrupados alrededor de un ducto central dilatado. <sup>(1)</sup>
- **Adenomas sebáceos:** son lesiones solitarias y que tienden a medir 1 cm de diámetro. Histológicamente, el tumor está compuesto por lóbulos sebáceos de variados tamaños, forma y maduración; dentro de los lóbulos hay células germinales rodeando pequeños grupos de células sebáceas. Se pueden observar mitosis en las células germinales. <sup>(1, 12)</sup>
- **Sebaceoma (epitelioma sebáceo o sebomatrixoma):** es un tumor benigno poco frecuente, de tipo anexial con diferenciación sebácea, que se manifiesta como una tumoración hemiesférica, amarillenta de menos de 1 cm de diámetro, de superficie verrugosa, crecimiento lento y asintomática en pacientes de avanzada edad. Único o múltiple, puede formar parte de los síndromes como marcador de neoplasia interna asociada. Microscópicamente se evidencia una lesión simétrica, de límites netos, que compromete principalmente la dermis superficial y en algunos casos se extiende a la dermis profunda y al tejido celular subcutáneo, formada por numerosos cordones de células basaloides que muestran en su base diferenciación sebácea y conductos quísticos. Pueden encontrarse también remolinos de células escamosas y

focos de calcificación. Las células basaloides exceden en número al componente sebáceo maduro. Existen mitosis dispersas y no hay atipias celulares. <sup>(17)</sup>

- **Síndrome de Muir-Torre:** es una asociación de múltiples neoplasias de glándulas sebáceas, otras lesiones cutáneas y múltiples carcinomas viscerales especialmente del colon. Es un síndrome autosómico dominante e histológicamente las lesiones sebáceas son usualmente adenomas, pero algunas son hiperplasias sebáceas, sebaceomas o carcinomas sebáceos. Otras lesiones asociadas a la piel incluyen hiperplasia epidérmica, queratoacantomas y carcinomas de células escamosas. <sup>(1, 17)</sup>
- **Carcinoma sebáceo (adenocarcinoma de la glándula sebácea, carcinoma de la glándula de Meibomio, carcinoma de las glándulas de Zeis):** es la neoplasia maligna más importante del párpado. Es casi exclusiva de la piel del párpado y muy rara observarla en otras áreas epidérmicas. En su mayoría se desarrollan de las glándulas de Meibomio, seguido de las glándulas sebáceas de Zeis, siendo el párpado superior el más afectado. Afecta por lo general a personas de avanzada edad y se ha observado que es más frecuentes en mujeres. Clínicamente se evidencia, un nódulo firme, pequeño, amarillento parecido al chalazion. Muchas veces se distingue la pérdida de pestañas en la zona afectada, debido a la invasión al folículo piloso. Histológicamente se clasifican según su grado de diferenciación en tres grupos. Los tumores bien diferenciados, presentan un patrón lobular, cuyas células centrales exhiben diferenciación sebácea, con abundante citoplasma finamente vacuolado. Los núcleos son centrales. Los tumores moderadamente diferenciados, muestran algunas áreas con células de diferenciación sebácea; sin embargo la mayor parte del tumor, está constituido por células anaplásicas, con núcleos hipercromático, nucléolo prominente y abundante citoplasma anfófilo. Los tumores pobremente diferenciados, muestran con núcleos pleomórficos, nucléolos prominentes y citoplasma anfófilo. Muestran moderada actividad mitótica y muchas de estas figuras mitóticas son atípicas o bizarras. Los carcinomas sebáceos pueden presentar varios patrones histológicos siendo el más común el patrón lobular, en donde las células neoplásicas forman lóbulos bien delimitados de variados tamaños. Los lóbulos exhiben características basaloides pero carecen de empalizadas

periféricas lo cual es característico de los carcinomas de células basales. Otro patrón observable, es el comedocarcinoma, el cual presenta prominentes lobulaciones con foco central de necrosis. También es posible encontrar patrones mixtos, pero son poco comunes. Este grupo de tumores, tiende a infiltrar la conjuntiva, córnea. Se describen dos patrones de dispersión: pagetoide y carcinoma in situ-like. <sup>(1, 10, 11)</sup>

### **Tumores que se originan del folículo piloso**

- **Tricoepitelioma:** los párpados pueden verse afectados solitarios o múltiples tricoepiteliomas. Los solitarios, son lesiones nodulares firmes, elevadas del mismo color de la piel y pueden aparecer a lo largo de la vida. A diferencia de los múltiples, que son lesiones hereditables, autosómicas dominantes y de penetrancia incompleta. Se desarrollan en la adolescencia y van aumentando en tamaño y número. Clínicamente aparecen como múltiples masas nodulares, firmes de 2 a 8 mm de diámetro. Histológicamente, consiste en varios quistes córneos con queratinización central revestidos por cúmulos de células basaloides. El estroma celular es bien delimitado de la dermis adyacente. La queratinización es abrupta y completa. <sup>(1, 10, 12)</sup>
- **Tricofoliculoma:** representa la forma más diferenciada de un tumor piloso. Clínicamente, aparece como una lesión ligeramente elevada, nodular con centro umbilicado. Pueden protruir pequeñas pestañas blanquecinas del área umbilicada. Microscópicamente, el tumor está compuesto por folículos pilosos dilatados. La estructura quística está delimitada por epitelio plano estratificado queratinizado el cual se continúa con la epidermis. En su interior se identifica restos de queratina y pequeños fragmentos del pelo. <sup>(1, 10, 12)</sup>
- **Triquilemoma:** tumor benigno que se origina de los folículos pilosos a partir de la capa más externa del pelo (triquilema), la cual está compuesta en su mayoría por células claras ricas en glucógeno. Clínicamente son tumores solitarios, pequeños y asintomáticos. Múltiples triquilemomas pueden aparecer en el párpado, resto de la cara o en pacientes con enfermedad de Cowden. Es una patología hereditaria;

autosómica dominante. Pacientes con múltiples triquilemomas presentan alto riesgo de desarrollar, neoplasias malignas particularmente carcinomas de mama y tiroides. Histológicamente, están compuestos por lóbulos de células claras ricas en glucógeno, que hacia la periferia de estas formaciones lobulares, las células son columnares con membrana basal prominente. En el centro de la lesión se puede observar, colágeno hialinizado que rodea las islas epiteliales con diferenciación escamosa. <sup>(1, 10, 12)</sup>

- **Pilomatrixoma (epitelioma calcificante de Malherbe):** es una lesión sólida o quística, móvil y se presenta como un nódulo subcutáneo recubierto por piel sana. Usualmente solitaria, de coloración rosada o púrpura. La mayor frecuencia de aparición es en niños en especial menores de 10 años de edad, siendo el párpado superior en especial el reborde palpebral el sitio de predilección. Histológicamente, es un tumor bien circunscrito, nodular, recubierto por dermis y tejido subcutáneo. Formado por islas epiteliales revestidas en la periferia por células basófilas, y células fantasmas en el centro. La transición entre estas células es abrupta. Se puede evidenciar calcificaciones en el centro de la lesión y de igual modo se puede evidenciar también, reacción gigante celular. <sup>(1, 10, 12)</sup>

### **Tumores de los melanocitos**

Estos tipos de tumores son similares a los observados en otras áreas de piel. Son muy pocos frecuentes, y en su mayoría se evidencian más en la conjuntiva.

- **Nevus:** lesión benigna común de origen melanocítico, puede ser adquirida o congénita. La misma puede afectar la capa basal de la epidermis, la dermis o afectar tanto la epidermis como la dermis. Cuando son adquiridas, tienden a manifestarse entre los 5 y 10 años de edad, como una lesión pigmentada, pequeña y plana. Con el tiempo puede observarse la migración de las células pigmentadas hacia la dermis donde se puede observar neurotización y ligeras áreas desmoplásicas. Los nevus congénitos, se presentan por lo general al nacimiento, pueden afectar tanto el párpado superior como el inferior. <sup>(8, 11)</sup>

- **Melanoma:** corresponden al 1 % de los tumores malignos del párpado. Crecen con mayor frecuencia en el párpado inferior. Similar a cualquier otro melanoma de piel se dividen en: melanoma nodular, melanoma maligno de extensión superficial, melanoma léntigo maligno y melanoma acral lentiginoso, el más frecuente en la cara y párpados es el léntigo maligno. Aparecen por lo general en pacientes de avanzada edad. Todos los melanomas malignos, nacen de una proliferación inicial de melanocitos atípicos en la epidermis. Esta fase inicial puede durar meses o incluso muchos años y se denomina fase de crecimiento intraepidérmico horizontal. Histopatológicamente, el lentigo maligno muestra melanocitos atípicos en la capa basal de la epidermis y pueden ser identificados a lo largo de los anexos cutáneos. El tratamiento y pronóstico son similares al resto de los melanomas de piel. <sup>(1, 18-20)</sup>.

#### **Tumores vasculares y de los tejidos blandos**

- **Hemangiomas capilares (hemangiomas juveniles, nevus fresa, nevus “vasculoso”, hemangioendotelioma benigno de la niñez):** es la forma más común de hemangioma y ocurre en 1 de cada 200 nacidos vivos. Aparecen al nacer o en la segunda semana de vida. Son de color rojizo o púrpura, elevados y suaves con una pequeñas áreas de invaginaciones, de ahí el término “nevus fresa o afresado”. La afectación del párpado es común, sin embargo los hemangiomas capilares del párpado pueden extenderse hacia la conjuntiva e inclusive la órbita. La regresión de estos tumores ocurre posteriormente a los años y pasan de ser rojizo a color grisáceo/rojizo con cambios en la textura de la piel. Histológicamente están compuestos por lóbulos de capilares separados por septos fibrosos, estos capilares a su vez, pueden infiltrar el músculo esquelético o tejido subcutáneo. Se observa abundante número de mitosis. La regresión de estos tumores viene dada por, fibrosis intersticial y reemplazo en la periferia de los lóbulos por tejido adiposo. <sup>(1, 10, 12)</sup>
- **Nevus flammeus:** es una malformación vascular, normalmente unilateral, de patrón difuso, que afecta el párpado y el área periocular. Asociado al síndrome de Sturge-Weber en un 10 % de los casos. Aparece al nacimiento, y tiende a oscurecerse con el tiempo. La piel afectada es lisa con algunas depresiones. Histológicamente

muestras grandes dilataciones cavernosas en la dermis y no pequeños vasos capilares como en el hemangioma capilar. <sup>(1,10)</sup>

- **Hemangioma cavernoso:** ocurre con menor frecuencia en los párpados, y aparece en la cuarta década de la vida. Aumentan lentamente de tamaño y no tienden a la regresión espontánea. La superficie es azul oscuro con algunas depresiones. Son por lo general bien circunscritos. Al microscopio se observan espacios vasculares grandes y dilatados espacios vasculares que delimitan una capa plana de endotelio, tiene una conformación lobular, y el estroma intervascular es fibrótico con infiltrado inflamatorio crónico. Los cambios secundarios pueden incluir focos de calcificación, fibrosis y depósitos de hemosiderina. <sup>(1,10)</sup>

### **Tumores misceláneos**

- **Coristoma facomatoso:** En su mayoría son lesiones presentes al nacer, con afectación de la región nasal y párpado inferior. Miden de 6 a 20 mm de diámetro y presentan las mismas características histopatológicas. Están compuestas por tejido colágeno denso, con pequeñas formaciones epiteliales en cestas o islas rodeadas por una gruesa membrana PAS positiva, homogénea y dentro de esta membrana, se observa una capa de células cubicas altas. Se pueden observar calcificaciones distróficas y cuerpos de Psamoma dispersos. <sup>(1)</sup>
- **Tumor de células de Merkel:** tumor poco frecuente en cara y que ha sido descrito unos pocos en el reborde palpebral más específicamente. Más frecuente en mujeres de avanzada edad. Indoloros, nódulos cutáneos de color violeta o rojizos cuya piel alrededor es azulada, semejante a lesiones angiomasos. Los vasos telangiectásicos son casualmente observados en la superficie de la lesión. Más frecuente en el párpado superior. Al microscopio se observan, núcleos de gran tamaño, ovals a redondeados cuya cromatina es finamente dispersa, con uno a tres nucléolos. Se identifican numerosas figuras mitóticas. El tumor infiltra la dermis manteniendo un patrón difuso o trabecular. Es un tumor pobremente diferenciado de células redondas y su diagnóstico diferencial es el linfoma. <sup>(1, 10, 13)</sup>

- **Carcinoma metastásico al párpado:** entidad poco común. Normalmente el tumor primario está localizado en mama, secundariamente provienen de piel, tracto gastrointestinal y por último del sistema urogenital. Puede ocurrir en ambos párpados. Pueden exhibir la morfología típica de la lesión metastásica o puede manifestarse con una apariencia histiocitoide, en la cual se reconocen células de apariencia uniforme, con núcleo oval de cromatina uniforme y nucléolo inconspicuo. Citoplasma abundante eosinófilo con numerosas vacuolas, pueden presentar apariencia en células en anillo de sello. Por lo general, las células se disponen solas o en pequeños grupos embebidas en un estroma de colágeno denso. Las mitosis por lo general están ausentes y dispersas. <sup>(1, 15)</sup>

### **Objetivo general:**

Caracterizar desde el punto de vista clínico-patológico los tumores palpebrales en todos los casos diagnosticados en la Sección de Oftalmopatología “Dr. Rafael Cordero Moreno y Dra. Malaquita de Cordero Moreno” del Instituto Anatomopatológico “Dr. José Antonio O’Daly”, durante un periodo comprendido desde enero de 2009 a diciembre de 2017.

### **Objetivos específicos:**

1. Calcular la frecuencia de tumores palpebrales benignos y malignos.
2. Describir los tumores palpebrales benignos y malignos según la edad y sexo.
3. Conocer los distintos tipos de lesiones palpebrales y dividir las según la clasificación propuesta por McLean *et al* (Anexos 1 al 6).
4. Determinar el párpado más afectado y la lateralidad.

### **Aspectos éticos**

Todos los días se deciden y aplican medidas terapéuticas sobre la base de diagnósticos clínicos e imagenológicos de lesiones tumorales y no tumorales. Sin embargo, en ocasiones

hay dificultades para identificar adecuadamente las patologías en los párpados, una zona en la que incluso lesiones benignas tienden a comprometer la funcionalidad visual de los pacientes. Por tal motivo, con frecuencia se recurre al estudio histopatológico de dichos especímenes. Tal procedimiento ofrece una mayor certeza diagnóstica a médicos y pacientes, y posee en sí mismo interés científico. La revisión de los estudios realizados ofrece información valiosa para la sistematización y mejora de los protocolos de evaluación en el Instituto Anatomopatológico “Dr. José Antonio O’Daly”, lo que abriría las puertas a mejores y más eficaces prácticas por parte de patólogos y clínicos.

En el presente trabajo de investigación se cumple con todos los principios de la ética médica, incluidos los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia.

## **MÉTODOS**

### **Tipo de estudio**

Descriptivo y retrospectivo.

### **Población y muestra**

La población estuvo conformada por todos los especímenes de biopsia y resección quirúrgica de lesiones en el párpado con diagnóstico clínico de neoplasia palpebral recibidos en la Sección de Oftalmopatología del Instituto Anatomopatológico “Dr. José Antonio O’Daly” de la Universidad Central de Venezuela, entre los años 2009 y 2017.

La muestra consistió en todos los casos que cumplan los criterios de inclusión.

### **Criterios de inclusión**

Todos los casos recibidos, referidos como tumores del párpado analizados y diagnosticados como neoplasias o patologías tumorales en la Sección de Oftalmopatología del Instituto Anatomopatológico “Dr. José Antonio O’Daly” de la Universidad Central de Venezuela, que posean informe de solicitud de biopsia, láminas histológicas para revisión o el bloque de parafina respectivo.

### **Criterios de exclusión**

Aquellos casos cuyo diagnóstico clínico y morfológico no se relaciona con la ubicación.

Casos que no posean informe de solicitud de biopsia en los archivos de la Sección de Oftalmopatología del Instituto Anatomopatológico “Dr. José Antonio O’Daly” de la Universidad Central de Venezuela.

Casos sin material (bloques y láminas) en archivo.

### **Procedimientos**

Previo revisión del archivo de la Sección de Oftalmopatología del Instituto Anatomopatológico “Dr. José A. O’Daly”, se identificaron todos aquellos casos

correspondientes a biopsias referidas como tumores palpebrales. Se analizaron todas las boletas de solicitud de biopsia, a fin de obtener la información clínica necesaria, así como reforzar los hallazgos morfológicos pertinentes al estudio del informe definitivo.

Para el estudio histopatológico, se revisaron las láminas histológicas coloreadas con Hematoxilina-Eosina (HE), coloraciones especiales (PAS y tricrómico), así como aquellas en las que se hubo practicado técnicas de Inmunohistoquímica. Todas las láminas provinieron del archivo de la Sección de Oftalmopatología del Instituto. Su revisión permitió verificar cada diagnóstico y sus características morfológicas asociadas.

### **Método estadístico**

Se calcularon la media y desviación estándar de las variables continuas. En el caso de las variables nominales, se calcularon su frecuencia y porcentaje.

### **Registro de datos**

La recolección de datos se llevó a cabo mediante el uso de un formulario, que contuvo las variables epidemiológicas e histopatológicas. (Anexo 7 y 8)

Recursos humanos y materiales:

- Recursos humanos:
  - Oftalmopatólogo.
  - Médico residente del Programa de Especialización en Anatomía Patológica.
  - Biólogo con entrenamiento en el área de Técnicas Histológicas Oculares.
  - Secretaria.
  
- Equipos y materiales:
  - Microscopio trilocular con cámara digital incorporada
  - Preparados histológicos teñidos con Hematoxilina-Eosina, coloraciones especiales e inmunohistoquímica.
  - Boletas de solicitud de biopsia.

- Lamineros.
- Computadoras.
- Impresoras.
- Papelería (papel bond tipo carta, lápices, bolígrafos, marcadores de acetato, clips, engrapadoras, grapas, carpetas Manila, tinta negra y de color para la impresión)

## RESULTADOS

La muestra estudiada fue de 449 casos, que representan el 18,21 % del total de casos recibidos (2465 casos) entre los años 2009 al 2017 en la Sección de Oftalmopatología del Instituto Anatomopatológico “Dr. José A. O’Daly”.

En relación a los indicadores epidemiológicos, el género más afectado, correspondió al femenino con 282 casos (62,80 %) (Tabla 1).

Del total de la muestra, solo 438 casos contaban con la información de la edad, que corresponde al 97,55 %. La edad promedio fue de 49,49 años, con un predominio del grupo de adultos de 41 a 60 años (41,42 %) con una menor frecuencia correspondiente al grupo niños-adolescente con 44 casos (10,04 %) (Tabla 1).

En esta serie de casos, solo 412 casos (91,75 %) contaban con la ubicación de la lesión, siendo el lado izquierdo el lado más afectado con 215 casos (52,18 %); el párpado superior estuvo afectado con 111 casos (26,94 %) y el párpado inferior con 103 casos (25 %) (Tabla 1).

Con respecto al tipo de lesión, la mayor frecuencia correspondió a las lesiones benignas con 349 casos (77,72 %) (Tabla 1). Los tumores que se visualizaron con mayor frecuencia fueron los de origen epitelial con 186 casos (41,42 %) según la clasificación usada en nuestro trabajo <sup>(1)</sup>. Seguidamente, correspondieron los de estirpe melanocítico con 90 casos (20,04%), glandulares con 66 casos (14,69 %), misceláneos con 54 casos (12,02 %), tumores de tejidos blandos y vasculares con 31 casos (6,90 %), tumores de origen pilar con 16 casos (3,56 %) y tumores de origen hematopoyético con 6 casos (1,33 %) (Tabla 2).

De los pacientes niños-adolescentes (de 0 a 19 años), los tumores de origen epitelial (12 casos) y partes blandas (12 casos) fueron los más frecuentes siendo el papiloma escamoso y hemangioma capilar las entidades más frecuentes con 5 y 6 casos respectivamente, de los adultos jóvenes (de 20 a 40 años), los tumores de origen melanocítico tipo nevus melanocítico con 25 casos fueron los más frecuentes, de los adultos mayores de 41 a 60 años fueron los de origen epitelial (74 casos), siendo la entidad más frecuente el carcinoma basocelular con 28 casos y en mayores de 60 años, los tumores de origen epitelial (75

casos) siendo el carcinoma basocelular el tumor más frecuente dentro de este grupo con 38 casos.

Los tumores de origen epitelial, fueron el grupo de tumores más frecuente tanto en pacientes de género masculino (44,91 %) como en el femenino (39,31 %).

### **Tumores de origen epitelial**

Entre los tumores de origen epitelial, se presentaron 183 casos (40,75 %) en nuestro estudio, el diagnóstico más frecuente fue el carcinoma basocelular, con 69 pacientes (37,70 %), seguido de la queratosis seborreica con 43 pacientes (23,49 %), papiloma escamoso con 39 pacientes (21,31 %), verruga vulgar con 10 casos (5,46 %), carcinoma de células escamosas con 9 casos (4,91 %), queratoacantoma con 4 casos (2,18 %), queratosis folicular invertida con 4 casos (2,18%), queratosis actínica con 3 casos (1,63 %), hiperplasia pseudoepiteliomatosa con 1 caso (0,54 %) y un caso de hiperqueratosis (0,54 %) (Tabla 3).

### **Características epidemiológicas**

Con respecto a la edad, la mayoría de los casos fueron diagnosticados en el grupo de mayores de 60 años (75 casos), seguidos del grupo de adultos de 41 a 60 años (74 casos), adultos jóvenes (22 casos) y menores de 20 años (10 casos). No obstante, obtuvimos 2 casos en los que se desconoce la edad del paciente. El sexo predominante fue el femenino con 110 casos, sobre 73 casos del sexo masculino. El párpado izquierdo fue el más afectado (92 casos).

### **Características anatomopatológicas**

Con respecto a los diagnósticos histológicos de estos grupos etarios, en la edad pediátrica (niños y adolescentes) predominó el diagnóstico histológico de papiloma escamoso (5 casos), seguido de verruga vulgar (3 casos), queratosis seborreica y carcinoma de células escamosas (1 caso cada uno).

En el grupo de adultos jóvenes (20-40 años), se presentaron 10 casos de papiloma escamoso seguido de 5 casos de queratosis seborreica, 2 casos de carcinoma basocelular, 2

casos de verruga vulgar, dos casos de queratosis folicular invertida y 1 caso de carcinoma de células escamosas.

En el grupo de adultos maduros (40-60 años), se registró un total de 74 casos. El tumor predominante fue el carcinoma basocelular (28 casos), seguido de la queratosis seborreica (19 casos) y del papiloma escamoso (18 casos), carcinoma de células escamosas (3 casos), queratosis actínica y verruga vulgar (2 casos cada uno), hiperqueratosis queratosis folicular invertida (1 caso cada una).

En el grupo de adultos mayores (más de 60 años) se presentaron 75 casos, que estuvieron distribuidos en: 38 casos correspondientes a carcinoma basocelular, seguido de 18 casos con diagnóstico de queratosis seborreica, papiloma escamoso con 6 casos, queratoacantoma y carcinoma de células escamosas (4 casos cada uno), verruga vulgar con 2 casos y 1 caso respectivamente de queratosis actínica, hiperplasia pseudoepiteliomatosa y queratosis folicular invertida.

Del total de la muestra, el tumor más frecuente fue el carcinoma basocelular, variante sólida.

Macroscópicamente, se describe como una pápula o nódulo con telangiectasias, la superficie puede estar erosionada o ulcerada. Clínicamente puede parecerse al nevus o puede manifestarse como una lesión eritematosa o una placa e incluso un nódulo indurado. Cuando están pigmentados pueden simular a una neoplasia melanocítica.

Histológicamente, se observa, células basaloides con escaso citoplasma y núcleos grandes e hiper cromáticos, dispuestos en placas o nidos, con empalizada periférica y retracción peritumoral. Se observan además, figuras mitóticas y cuerpos apoptóticos dispersos. Secundariamente se pueden observar calcificaciones distróficas, deposición de amiloide o reacción inflamatoria alrededor del tumor (Figura 1).

### **Tumores de origen glandular**

Entre los tumores de origen glandular, se presentaron 66 casos (14,69 %) en nuestro estudio. El diagnóstico más frecuente fue el hidrocistoma, con 44 pacientes (66,66 %), seguidos de adenocarcinoma con 12 pacientes (18,18 %), adenoma sebáceo con 4 pacientes (6,06 %) (Tabla 4).

### **Características epidemiológicas**

Con respecto a la edad, la mayoría de los casos fueron diagnosticados en el grupo de edades comprendidas entre los 41 años y 60 años (33 casos), seguidos de los mayores de 60 años (17 casos), entre 20 años y 40 años (14 casos) y los menores de 20 años (1 caso). No obstante, obtuvimos un caso en el que se desconoce la edad del paciente. El sexo predominante fue el femenino con 42 casos, sobre 24 casos del sexo masculino. El párpado izquierdo fue el más afectado (38 casos).

### **Características anatomopatológicas**

Con respecto a los diagnósticos histológicos de estos grupos etarios, en la edad pediátrica (niños y adolescentes) predominó el diagnóstico histológico de quiste ductal (1 caso).

En el grupo de adultos jóvenes (20-40 años), se presentaron 14 casos en total, predominando el diagnóstico de hidrocistoma (10 casos), adenocarcinoma sebáceo (2 casos), adenocarcinoma variedad mucinosa y adenoma sebáceo (1 caso cada uno).

En el grupo de adultos maduros (40-60 años), se registró un total de 33 casos. El tumor predominante fue el hidrocistoma (23 casos), seguido del adenocarcinoma sebáceo (5 casos), adenoma sebáceo (2 casos), siringoma ecrino, poroma ecrino e hidroadenoma papilífero (1 caso cada uno).

En el grupo de adultos mayores (más de 60 años) se presentaron 17 casos, que estuvieron distribuidos en: 11 casos correspondiente a hidrocistomas, seguido de 3 casos con diagnóstico de adenocarcinoma sebáceo, dos casos de adenoma pleomórfico y un caso de adenoma sebáceo.

Del total de la muestra, el tumor más frecuente fue el hidrocistoma.

Macroscópicamente, se describe como un nódulo o pápula solitaria o múltiple de 1 – 3 mm, translúcida, suave, renitente frecuentemente ubicada en cara.

Histológicamente, se observa como una dilatación quística, rodeada por 2 capas de células de epitelio ductal, las mismas pueden presentar características ecrinas o apocrinas (secreción por decapitación) (Figura 2).

### **Tumores de origen del folículo piloso**

Entre los tumores de origen pilar, se presentaron 14 casos (3,11 %) en nuestro estudio. El diagnóstico más frecuente fue el pilomatricoma, con 7 pacientes (50 %), tricoepitelioma con 2 pacientes (14,28 %), quiste triquilemal 1 caso (7,14 %), tumor maligno de anexo de origen piloso 1 caso (7,14 %), tricoblastoma 1 caso (7,14 %), tricofoliculoma 1 caso (7,14 %) y 1 caso de carcinoma triquilemal (7,14 %) (Tabla 5).

### **Características epidemiológicas**

Con respecto a la edad, la mayoría de los casos fueron diagnosticados entre el grupo de 20 años a 40 años (4 casos) y el grupo de 41 años a 60 años (4 casos), seguido de los mayores de 60 años (3 casos) y pacientes pediátricos (2 casos). No obstante, se obtuvo 1 caso en el que se desconoce la edad del paciente. El sexo predominante fue el femenino con 9 casos, sobre 6 casos del sexo masculino. El párpado izquierdo fue el más afectado (9 casos).

### **Características anatomopatológicas**

Con respecto a los diagnósticos histológicos de estos grupos etarios, en la edad pediátrica (niños y adolescentes) predominó el diagnóstico histológico de pilomatricoma (2 casos).

En el grupo de adultos jóvenes (20-40 años), se presentaron 2 casos de pilomatricoma, 1 caso correspondió a tricoepitelioma y 1 caso de quiste triquilemal.

En el grupo de adultos maduros (41-60 años), se registró un total de 4 casos. El tumor predominante fue el pilomatricoma (2 casos), seguido de tricoepitelioma (1 caso) y tricofoliculoma (1 caso).

En el grupo de adultos mayores (más de 60 años) se presentaron 3 casos, que estuvieron distribuidos en: 1 caso correspondiente a tricoblastoma, seguido de 1 caso con diagnóstico de pilomatricoma y 1 caso de carcinoma triquilemal.

Del total de la muestra, el tumor más frecuente fue pilomatricoma.

Macroscópicamente, se describe como una masa o nódulo subepidérmico, único, de bordes netos, bien circunscrito menor a 1 cm.

Histológicamente, se observa nidos sólidos de células basaloides que experimentan una queratinización triquilemal abrupta. Se observan además, células fantasma así como también se puede observar reacción a cuerpo extraño y calcificaciones (Figura 3).

### **Tumores de origen melanocítico**

Entre los tumores de origen melanocítico, se presentaron 90 casos (20,04 %) en nuestro estudio. El diagnóstico más frecuente fue el nevus melanocítico, con 89 pacientes (98,88 %), seguidos de melanoma con 1 caso (1,11 %) (Tabla 6).

### **Características epidemiológicas**

Con respecto a la edad, la mayoría de los casos fueron diagnosticados en el grupo de 40 años a 60 años (44 casos), seguidos del grupo de adultos jóvenes (25 casos), mayores de 60 años (15 casos) y menores de 20 años (6 casos). El sexo predominante fue el femenino con 73 casos, sobre 17 casos del sexo masculino. El párpado derecho fue el más afectado (43 casos).

### **Características anatomopatológicas**

Con respecto a los diagnósticos histológicos de estos grupos etarios, en la edad pediátrica (niños y adolescentes) predominó el diagnóstico histológico de nevus melanocítico (6 casos).

En el grupo de adultos jóvenes (20-40 años), se presentaron 25 casos de nevus melanocítico.

En el grupo de adultos maduros (41-60 años), se registró un total de 44 casos. El tumor predominante fue el nevus melanocítico (43 casos), seguido del melanoma (1 caso).

En el grupo de adultos mayores (Más de 60 años) se presentaron 15 casos, correspondientes todos a nevus melanocíticos.

Del total de la muestra, el tumor más frecuente fue el nevus melanocítico.

Macroscópicamente, se describe como una pápula o mácula, marrón oscuro o negrozco, uniformemente pigmentado y pequeño, por lo general menor a 0,6 cm. Puede presentar erosión o ulceración superficial si están adyacentes a un folículo piloso.

Histológicamente, se observa melanocitos organizados en nidos muy cercanos entre sí de tamaño uniforme. A medida que se profundiza la lesión, las células pasan de ser de aspecto epitelioide a apariencia linfoide y fusiforme, más pequeñas y menos pigmentadas (Figura 4).

### **Tumores de origen vascular y tejidos blandos**

Entre los tumores de origen vascular y tejidos blandos, se presentaron 32 casos (7,12 %) en nuestro estudio. El diagnóstico más frecuente fue el hemangioma capilar con 10 casos (32,25 %), seguidos del granuloma piógeno con 5 casos (16,12 %), neurofibromas con 4 casos (12,90 %), lipomas 4 casos (12,90 %), fibromas con 3 casos (9,67 %), fibrohistiocitoma benigno 2 casos (6,25 %), tumor fibroso solitario 1 caso (3,22 %), fibrolipoma 1 caso (3,22 %), rabdomiosarcoma 1 caso (3,22 %), y hemangioma cavernoso 1 caso (3,22 %) (Tabla 7).

### **Características epidemiológicas**

Con respecto a la edad, la mayoría de los casos fueron diagnosticados en el grupo de menores de 20 años (13 casos), seguidos de los adultos jóvenes (8 casos), adultos mayores (8 casos) y mayores de 60 años (1 caso). No obstante, obtuvimos 2 casos en la que no se consignó la edad del paciente. El sexo predominante fue el masculino con 21 casos, sobre 11 casos del sexo femenino. No fue significativa la lateralidad en vista de que ambos párpados tuvieron 15 casos cada uno, no obstante se obtuvo 2 casos en el que se desconocía su localización.

### **Características anatomopatológicas**

Con respecto a los diagnósticos histológicos de estos grupos etarios, en la edad pediátrica (niños y adolescentes) predominó el diagnóstico histológico de hemangioma capilar (6 casos), seguido de 2 casos con diagnóstico de lipoma y de fibrohistiocitoma benigno respectivamente, así como también 1 caso con diagnóstico de fibroma, rabdomiosarcoma y granuloma piógeno respectivamente.

En el grupo de adultos jóvenes (20-40 años), se presentaron 2 casos de granuloma piógeno así como también 2 casos de neurofibroma y de fibroma respectivamente, 1 caso con diagnóstico de hemangioma capilar y un caso de tumor fibroso solitario.

En el grupo de adultos maduros (41-60 años), se registró un total de 8 casos. El tumor predominante fue el hemangioma capilar (3 casos), seguido de neurofibroma (2 casos) y 1 caso con diagnóstico de lipoma, granuloma piógeno y hemangioma capilar respectivamente.

En el grupo de más de 60 años se presentó 1 caso con diagnóstico de lipoma.

Del total de la muestra, el tumor más frecuente fue el hemangioma capilar.

Macroscópicamente, se describe como una masa superficial, bien delimitada con bordes netos, única, rojiza o rojo violáceo, no dolorosa y menor de 1 cm. La superficie tiende a ser lisa o puede presentar erosión superficial.

Histológicamente, se observa una lesión circunscrita, compuesta por células ahusadas empaquetadas entre sí, formando luces vasculares con eritrocitos en su interior en un fondo ligeramente fibroso. También se puede observar, hemosiderina a consecuencia de la ruptura de las paredes vasculares (Figura 5).

### **Tumores de origen linfoide**

Entre los tumores de origen linfoide, se presentaron 6 casos (1,33 %) en nuestro estudio. El diagnóstico más frecuente fue la infiltración por linfoma no Hodgkin de células B, con 5 casos (83,33 %), seguidos de la hiperplasia linfoide con un caso (16,66 %) (Tabla 8).

### **Características epidemiológicas**

Con respecto a la edad, la mayoría de los casos fueron diagnosticados en el grupo de adultos entre 41 y 60 años (3 casos), seguidos de los mayores de 60 años (2 casos), adultos jóvenes (1 caso), en las edades pediátricas-adolescentes no se reportaron casos. En relación al sexo predominante se reportaron 3 casos para cada sexo. El párpado izquierdo fue el más afectado (4 casos).

### **Características anatomopatológicas**

Con respecto a los diagnósticos histológicos de estos grupos etarios, en la edad pediátrica (niños y adolescentes) no se reportaron casos.

En el grupo de adultos jóvenes (20-40 años), así como en el grupo de adultos maduros (40-60 años) se presentaron 1 y 3 casos respectivamente de infiltración por linfoma no Hodgkin de células B.

En el grupo de adultos mayores (más de 60 años) se presentaron 2 casos, que estuvieron distribuidos en: 1 caso correspondiente a hiperplasia linfoide, seguido de 1 caso con diagnóstico de infiltración por linfoma no Hodgkin de células B.

Del total de la muestra, el tumor más frecuente fue la infiltración por linfoma no Hodgkin de células B.

Macroscópicamente, se pueden presentar como lesiones maculares hipercrómicas o ligeramente elevadas, difusas, renitentes, en su mayoría indoloras, de bordes poco delimitados.

Histológicamente, la lesión compromete todas las capas del párpado, por lo general es de distribución difusa o puede formar pseudofolículos, conformados por células de escaso citoplasma, con núcleos ligeramente atípicos y nucléolo prominente. La lesión no tiende a afectar la epidermis (Figura 6).

### **Tumores misceláneos**

Entre los tumores misceláneos, se presentaron 58 casos (12,91 %) en nuestro estudio. El diagnóstico más frecuente fue el quiste de inclusión epidérmica, con 30 casos (51,72 %), seguidos del quiste dermoide con 11 casos (18,96 %), xantelasma con 10 casos (17,24 %), carcinoma de células de Merkel con 2 casos (3,44 %), pólipo fibroepitelial con 2 casos (3,44 %), hamartoma cutáneo 1 caso (1,72 %), xantogranuloma juvenil 1 caso (1,72 %) y 1 caso de xantoma (1,72 %) (Tabla 9).

### **Características epidemiológicas**

En relación a la edad, la mayoría de los casos fueron diagnosticados en el grupo de adultos de 41 a 60 años (20 casos), seguidos del grupo de mayores de 60 años (16 casos), niños-

adolescentes con 12 casos y los adultos jóvenes (5 casos). No obstante, obtuvimos 5 casos en los que se desconoció la edad del paciente. El sexo predominante fue el femenino con 34 casos, sobre 24 casos del sexo masculino. La lateralidad no fue concluyente en vista de que se obtuvo el mismo número de casos para ambos (26 casos cada uno) y 6 casos no contaban con dicha información.

### **Características anatomopatológicas**

Con respecto a los diagnósticos histológicos de estos grupos etarios, en la edad pediátrica (niños y adolescentes) predominó el diagnóstico histológico de quiste dermoide (6 casos), seguido del quiste de inclusión epidérmica (5 casos) y hamartoma cutáneo con un caso.

En el grupo de adultos jóvenes (20-40 años), se presentaron 5 casos en total, 3 casos de quiste de inclusión epidérmica, un caso respectivamente de xantelasma y xantogranuloma juvenil.

En el grupo de adultos maduros (41-60 años), se registró un total de 20 casos. El tumor predominante fue el quiste de inclusión epidérmica (14 casos), seguido de xantelasma (4 casos), quiste dermoide (un caso) y pólipo fibroepitelial (un caso).

En el grupo de adultos mayores (más de 60 años) se presentaron 16 casos, que estuvieron distribuidos en: 7 casos correspondientes a quiste de inclusión epidérmico, seguido de 5 casos con diagnóstico de xantelasma, 2 casos de carcinoma de células de Merkel, un caso de xantoma y un caso de pólipo fibroepitelial.

Del total de la muestra, el tumor más frecuente fue el quiste de inclusión epidérmica.

Macroscópicamente, se describe como una lesión bien definida, de bords nítidos y sobre elevada en la piel, algunas veces asociada a tejidos blandos inflamados.

Histológicamente, se observa una lesión quística cuya pared está compuesta por epitelio plano estratificado queratinizado sin apéndices cutáneos y en el centro del quiste abundante queratina dispersa. (Figura 7)

## DISCUSIÓN

Los diversos tipos de tumores que pueden desarrollarse en el párpado expresan la diversidad de los tejidos presentes; por lo que clasificar la patología tumoral palpebral no es tarea fácil, razón por la cual es imprescindible conocer las diferentes clasificaciones histopatológicas permitiendo así abordar al paciente, plantear las opciones diagnósticas y posibles tratamientos.

En el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de los EEUU (AFIP) se estimó la frecuencia y distribución de los distintos tumores palpebrales, así como su clasificación dependiendo a la célula de origen <sup>(1)</sup>.

En nuestro estudio, usamos la clasificación del AFIP, la cual divide a los tumores palpebrales en los siguientes grupos: tumores de la epidermis (benignos, precancerosos y malignos), tumores melanocíticos (benignos y malignos), tumores de glándulas ecrinas, apocrinas y sebáceas (benignas y malignas), tumores derivados de los folículos pilosos, tumores derivados de los tejidos blandos y vasculares (benignos y malignos), tumores linfoides y tumores misceláneos (benignos y malignos) <sup>(1)</sup>.

Los tumores palpebrales en nuestro medio representaron el 18,21 % de los casos analizados en la Sección de Oftalmopatología, lo que correspondió a 449 casos de 2465 casos totales en los años comprendidos entre 2009 hasta el 2017. En nuestra serie, la mayoría de los casos tumorales lo constituyeron las lesiones benignas con 349 casos (77,72 %) contra 97 casos (21,60 %) de lesiones malignas, resultados que también fueron observados en el trabajo de Martínez *et al* <sup>(2)</sup> que de un total de 241 casos examinados, 164 de ellos, estaban constituidos por lesiones benignas (68 %) contra 77 casos (32 %) de lesiones malignas. De igual manera, en el trabajo de Rodríguez *et al* <sup>(7)</sup>, de un total de 4201 casos, 3658 casos (87,07 %) resultaron ser lesiones benignas y 543 casos (12,92 %) resultaron ser lesiones malignas.

Observamos que los tumores con mayor casuística fueron los del grupo de tumores epiteliales con 186 casos (41,42 %). Hallazgos similares fueron obtenidos en la serie de Martínez *et al* <sup>(3)</sup> en cuyo trabajo se observa que de un total de 241 casos, el mayor grupo lo constituyeron los tumores epiteliales con 80 casos (33,19 %).

Al analizar la distribución por sexo observamos el predominio del sexo femenino con 282 casos (62,8 %) frente a 167 casos (37,19 %) del sexo masculino. Rodríguez *et al*, reportaron 4201 casos: 2829 casos fueron en mujeres (67,34 %) y 1372 casos en hombres (32,65 %) lo cual fue similar a nuestros hallazgos <sup>(7)</sup>.

En cuanto a la localización más frecuente en nuestra serie correspondió al lado izquierdo con 215 casos (54,36 %) de 412 casos disponibles, hallazgo similar se obtuvo en el trabajo de Martínez *et al* <sup>(3)</sup>, en la que el párpado izquierdo fue el más afectado con 55,60 % de los casos.

En general, en el grupo de pacientes del presente trabajo, las edades más afectadas fueron las comprendidas entre los 41 – 60 años con 186 casos (41,42 %), seguido de los adultos mayores de 60 años con 129 casos (28,73 %). En el trabajo de Huang *et al* <sup>(8)</sup>, se puede constatar que sus resultados fueron similares al de nosotros, al afirmar, que la mayoría de las lesiones palpebrales, afectaban al grupo etario de  $55,4 \pm 20$  años y  $72,5 \pm 12,8$  años respectivamente.

En relación a nuestro estudio, los tumores que se detectaron con mayor frecuencia, según la clasificación del AFIP, fueron los tumores epiteliales; con 186 casos (41,42 %). A éstos, siguieron los tumores melanocíticos, con 90 casos (20,04 %), los tumores glandulares con 66 casos (14,69 %), los tumores misceláneos con 54 casos (12,02 %), los tumores de partes blandas con 31 casos (6,90 %), los tumores de origen pilar con 16 casos (3,56 %) y finalmente los tumores de estirpe linfoide con 6 casos (1,33%). El tumor más frecuente fue el carcinoma basocelular, variante sólida, correspondiente al primer grupo indicado. Como se puede observar, nuestros hallazgos fueron semejantes a los reportados en la serie descrita por Ferreira *et al* <sup>(21)</sup> en la que se observó un predominio de tumores epiteliales con 83 casos en total, de una casuística de 241 casos, donde el carcinoma basocelular constituyó la lesión tumoral más frecuente con 45 casos (88,24 %)

En nuestro estudio, se estableció la relación entre los tipos de tumores y las edades de los pacientes. Del grupo de pacientes: niños-adolescentes (de 0 a 19 años), el tumor más frecuente fue el hemangioma capilar, de los adultos jóvenes (de 20 a 40 años), el tumor más frecuente correspondió al nevus melanocítico con 25 casos. En tanto, el carcinoma basocelular, variante sólida, fue la lesión predominante en los pacientes adultos maduros

(de 41 a 60 años) y en adultos mayores (más de 60 años), con 28 y 38 casos respectivamente.

En nuestro medio, pudimos observar que el carcinoma basocelular es la lesión más frecuente con 69 casos que representan el 15,36 % del total de la muestra. La misma, se observó principalmente en pacientes adultos maduros (41-60 años) y adultos mayores (mayores de 60 años). Resultados similares se obtuvieron en el trabajo de Coroi *et al* <sup>(4)</sup> donde obtuvo 185 casos de carcinoma basocelular representando 39,2 % de su casuística. De igual manera, en la serie de Sean *et al* <sup>(19)</sup>, el carcinoma basocelular, representó el 71,8 % de todas las neoplasias malignas.

En la serie estudiada por McLean *et al* <sup>(1)</sup>, el carcinoma de células basales, se presentó en 410 casos, de 862 casos totales obtenidos en la serie, representando el 47,56 % de los diagnósticos.

Podemos concluir, que la frecuencia de tumores palpebrales en nuestro medio es similar a la publicada en otros países siendo las lesiones benignas las más frecuentes. La gran variedad de tejidos en el párpado condiciona la formación de variedad de tumores y subtipos histológicos. El tratamiento precoz se traduce en mejor pronóstico para los pacientes. Se sugiere establecer un registro con información epidemiológica y clínica completa para investigaciones futuras.

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Instituto Anatomopatológico “Dr. José A. O’Daly”, por brindarnos una excelente formación profesional y humana.

A la Sección de Oftalmopatología “Dr. Rafael Cordero Moreno y Dra. Malaquita de Cordero-Moreno” por permitirme realizar este trabajo. En especial, a la Dra. María Eugenia Orellana, Jefa de Sección, por su valioso apoyo académico desde el primer momento.

A mi familia por su apoyo incondicional.

A mis compañeras de trabajo Dra. Dorka Torres y Dra. Rut Sánchez por su apoyo a lo largo de la carrera.

A todo el personal IAP, por todo el apoyo y enseñanzas a lo largo de este camino.

## REFERENCIAS

1. McLean I, Burnier M, Zimmerman L, Jakobiec F. Atlas of tumor pathology. Tumors of the eye and ocular adnexa. Washington, DC. Armed Forces Institute of Pathology 1994:1-45.
2. Allington H, Allington J. Eyelid Tumors. Arch Dermatol 1968;97(1):50-65
3. Martínez E. Tumor de párpados: 241 casos. Hallazgos y desafíos para la reconstrucción. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana 2013;39(2):145-152.
4. Coroi MC, Rosca E, Mutiu G, Coroi T, Bonta M. Eyelid tumors: histopathological and clinical study performed in Country Hospital of Oradea between 2000-2007. Rom J Morphol Embryol 2010, 51(1):111-115.
5. Domingo R, Manganip L, Castro R. Tumors of the eye and ocular adnexa at The Philippine Eye Research Institute: a 10-year review. Clin Ophthalmol 2015 9;9:1239-47.
6. Tesluk GC. Eyelid lesions: incidence and comparison of benign and malignant lesions. Ann Ophthalmol 1985, 17(11):704-707.
7. Rodríguez M, Aceves M, Hernández M. Estudio clínico epidemiológico de tumores en los párpados. Estudio retrospectivo de cinco años. Dermatología Rev Mex 2011;55(2):63-68.
8. Huang Y, Liang W, Tsai C, Kao S, Yu W, Kau H *et al*. Comparison of the clinical characteristics and outcome of benign and malignant eyelid tumors in a tertiary medical center. Biomed Res Int. 2015; 2015: 453091.

9. Takamura H, Yamashita H. Clinicopathological analysis of malignant eyelid tumor cases at Yamagata University Hospital: statistical comparison of tumor incidence in Japan and in other countries. *Jpn J Ophthalmol* 2005;49:349–354
10. Jacob Pe'er. Pathology of eyelid tumors. *Indian J Ophthalmol*. 2016 Mar; 64(3): 177–190.
11. Martínez-Grau G, Blanco G, Bianchiotto C, Cervera M. Cirugía de los tumores palpebrales. Capítulo 7. [Citado 3 Jun 2017]. URL disponible en: [http://www.ofthalmoseoformacion.com/wp-ofthalmoseo/documentacion/cap\\_07\\_cirugia\\_de\\_los\\_tumores\\_palpebrales.pdf](http://www.ofthalmoseoformacion.com/wp-ofthalmoseo/documentacion/cap_07_cirugia_de_los_tumores_palpebrales.pdf)
12. Marr B, Shields C, Shields J. Tumors of the eyelids. Chapter 3. [Citado 3 Jun 2017]. URL disponible en: <http://www.oculist.net/downaton502/prof/ebook/duanes/pages/v4/v4c003.html>
13. Kasenchak J, Notz G, DO. Eyelid Lesions: Diagnosis and treatment. Review *Ophthalmol*. 2016 Apr. [Citado 19 Jun 2017]. URL disponible en: <https://www.reviewofophthalmology.com/article/eyelid-lesions-diagnosis-and-treatment>.
14. Carter S. Eyelid disorders: Diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 1998 Jun 1;57(11):2695-2702.
15. Gündüz K, Esmaeli B. Diagnosis and management of malignant tumors of the eyelid, conjunctiva and orbit. *Expert Rev Ophthalmol*. 2008;3(1):63-75.
16. Wang CJ, Zhang HN, Wu H, Shi X, Xie JJ, He JJ *et al*. Clinicopathologic features and prognostic factors of malignant eyelid tumors. *Int J Ophthalmol*. 2013; 6(4): 442–447.

17. Figueroa C, Sehtman A, Martínez del Sol J, González V, Juárez M, Allevato M *et al.* Sebaceoma-Epitelioma sebáceo. Arch. Argent. Dermatol 2010;60(6):233-237.
18. Myers M, Gurwood AS. Periocular malignancies and primary eye care. Optometry. 2001 Nov;72(11):705-12.
19. Sean Paul, Dat T. Vo, Silkiss R Malignant and benign eyelid lesions in San Francisco: study of a diverse urban population. Am J Med 2011;8(1):40-47.
20. Esmaeli B, Wang B, Deavers M, Gillenwater A, Goepfert H, Díaz E *et al.* Prognostic factors for survival in malignant melanoma of the eyelid skin. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2000 Jul;16(4):250-7.
21. Ferreira J, Ferreira A, Freitas C. Characterization of all surgical specimens provided by a Portuguese department of Ophthalmology over a 13 year period. Acta Med Port 2017 Nov;30(11):805-812.

Anexo 1  
Tumores epidérmicos del párpado <sup>(1)</sup>

Table 2-1

**EPIDERMAL TUMORS OF THE EYELID\***

<b>Type of Tumor</b>	<b>Number of Cases</b>
<b>Benign</b>	
Squamous cell papilloma	18
Seborrheic keratosis (basal cell papilloma)	23
Inverted follicular keratosis	28
Pseudocarcinomatous hyperplasia	21
Keratoacanthoma	5
Keratosis, NOS**	13
<b>Premalignant</b>	
Actinic keratosis (senile keratosis)	19
Bowen precancerous dermatosis (in situ carcinoma)	5
<b>Malignant</b>	
Squamous cell carcinoma	50
Basal cell carcinoma	107
Carcinoma, NOS	11

\*Frequency distribution of 300 tumors in the AFIP Registry of Ophthalmic Pathology collected between 1984 and 1989.

\*\*NOS = Not otherwise specified.

## Anexo 2

### Tumores glandulares del párpado <sup>(1)</sup>

Type of Tumor	Number of Cases
Benign	
Hidrocystoma	29
Syringoma	8
Eccrine spiradenoma	0
Eccrine acrospiroma (clear cell hidradenoma)	15
Pleomorphic adenoma (mixed tumor, chondroid syringoma)	15
Papillary syringoadenoma (syringocystadenoma papilliferum)	2
Eccrine dermal cylindroma	1
Apocrine adenoma or cystadenoma	14
Adenoma, NOS**	13
Malignant	
Malignant counterparts of benign tumors	0
Adenocarcinoma, mucous secreting	18
Adenocarcinoma, NOS	15

\*Frequency distribution of 130 tumors in the AFIP Registry of Ophthalmic Pathology collected between 1984 and 1989.

\*\*NOS = Not otherwise specified.

Anexo 3

Tumores de glándulas sebáceas del párpado <sup>(1)</sup>

Table 2-3

**TUMORS OF SEBACEOUS GLANDS  
OF THE EYELID\***

<b>Type of Tumor</b>	<b>Number of Cases</b>
Benign	
Sebaceous hyperplasia	4
Sebaceous adenoma	16
Malignant	
Sebaceous carcinoma	102

\*Frequency distribution of 122 tumors in the AFIP Registry of Ophthalmic Pathology collected between 1984 and 1989.

## Anexo 4

### Tumores de estructuras pilares y de origen melanocítico del párpado <sup>(1)</sup>

Table 2-4

#### TUMORS OF PILAR STRUCTURES OF THE EYELID\*

Type of Tumor	Number of Cases
Benign	
Trichoepithelioma	6
Trichofolliculoma	1
Trichilemmoma	24
Pilomatrixoma (calcifying epithelioma of Malherbe)	9
Pilar tumor, NOS**	5
Malignant	
Carcinoma	4

\*Frequency distribution of 49 tumors in the AFIP Registry of Ophthalmic Pathology collected between 1984 and 1989.

\*\*NOS = Not otherwise specified.

Table 2-5

#### TUMORS OF MELANOCYTIC ORIGIN OF THE EYELID\*

Type of Tumor	Number of Cases
Benign	
Nevi	71
Lentigo simplex	3
Primary acquired melanosis (lentigo maligna)	9
Malignant	
Melanoma	18

\*Frequency distribution of 101 tumors in the AFIP Registry of Ophthalmic Pathology collected between 1984 and 1989.

## Anexo 5

### Tumores de origen linfocítico o hematopoyético y de origen misceláneo del párpado <sup>(1)</sup>

Table 2-6

**TUMORS OF LYMPHOCYTIC OR  
HEMATOPOIETIC ORIGIN  
OF THE EYELID\***

Type of Tumor	Number of Cases
Benign	
Reactive lymphoid hyperplasia	11
Atypical lymphoid hyperplasia	8
Malignant	
Lymphoma	26
Leukemia	1

\*Frequency distribution of 46 tumors in the AFIP Registry of Ophthalmic Pathology collected between 1984 and 1989.

Table 2-8

**MISCELLANEOUS TUMORS  
OF THE EYELID\***

Type of Tumor	Number of Cases
Benign	
Phakomatous choristoma	0
Xanthomatous lesions	20
Granular cell tumor	1
Malignant	
Merkel cell tumor	12
Metastatic carcinomas	10

\*Frequency distribution of 43 tumors in the AFIP Registry of Ophthalmic Pathology collected between 1984 and 1989.

## Anexo 6

### Tumores de origen de partes blandas del párpado <sup>(1)</sup>

#### **TUMORS OF SOFT TISSUE ORIGIN OF THE EYELID\***

<b>Type of Tumor</b>	<b>Number of Cases</b>
<b>Benign</b>	
Lipoma	1
Neurofibroma	14
Schwannoma	3
Fibrous and/or histiocytic	18
Hemangiomas (capillary, nevus flammeus and cavernous)	7
Lymphangioma	1
<b>Malignant</b>	
Liposarcoma	0
Schwannoma	1
Fibrous histiocyoma	5
Rhabdomyosarcoma	4
Juvenile fibrosarcoma	1

\*Frequency distribution of 55 tumors in the AFIP Registry of Ophthalmic Pathology collected between 1984 and 1989.



## Anexo 8

### Formulario de recolección de datos histopatológicos

Biopsia	Pseudotumor o lesión inflamatoria	Presencia de tumor	Ubicación de la lesión	Características histológicas específicas	Lesión benigna	Lesión maligna

## Anexo 9

### Operacionalización de las variables

- Variables epidemiológicas
  - Edad
  - Género
  - Lateralidad
  - Diagnóstico clínico
- Variables histopatológicas
  - Macroscópicas
    - Ubicación del tumor
  - Microscópicas
    - Tumor
    - Tipo tumoral

<b>VARIABLES</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>
Edad	Cuantitativa – Discreta	Años: 0 -80 años
Género	Cualitativa – Nominal	Femenino, Masculino, Desconocido
Lateralidad	Cualitativa – Nominal	Derecho, Izquierdo, Ambos párpados, Desconocido
Diagnóstico clínico	Cuantitativa – Nominal	
Ubicación del tumor	Cualitativa – Ordinal	Párpado (sitio anatómico específico dentro del párpado)
Presencia de tumor	Cualitativa – Nominal	Sí; No
Tumor	Cualitativa-Nominal	Benigno; maligno.
Subtipo tumoral	Cualitativo-Nominal	Quistes epiteliales, queratosis seborreica, nevus, granuloma piógeno, papiloma escamoso, hiperplasia sebácea, carcinoma de células escamosas, melanomas, linfoma, carcinoma de células basales, carcinoma de glándula sebácea, otros.

**Tabla 1**

**Indicadores epidemiológicos**

<b>Variables</b>	<b>Nº de casos</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Edad</b>		
0-19 años	44	10,04
20-40 años	79	18,03
41-60 años	186	42,46
Mayores de 60 años	129	29,45
<b>Género</b>		
Masculino	167	37,19
Femenino	282	62,8
<b>Lateralidad</b>		
Derecho	197	47,81
Izquierdo	215	52,18
<b>Características del tumor</b>		
Benigno	349	77,72
Premalignos	3	0,66
Malignos	97	21,6

**Tabla 2**

**Clasificación según su origen**

	<b>Nº de casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Tumores de origen epitelial	183	40,75
Tumores de origen melanocítico	90	20,04
Tumores de origen glandular	66	14,69
Tumores misceláneos	58	12,91
Tumores de origen de partes blandas	32	7,12
Tumores de origen pilar	14	3,11
Tumores de origen linfoide	6	1,33
<b>Total</b>	<b>449</b>	<b>100</b>

**Tabla 3****Clasificación de tumores de origen epitelial**

<b>Tumor</b>	<b>Nº de casos</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Benignos</b>		
Hiperplasia pseudoepiteliomatosa	1	0,22
Hiperqueratosis	1	0,22
Papiloma escamoso	39	8,68
Queratoacantoma	4	0,89
Queratosis folicular invertida	4	0,89
Queratosis seborreica	43	9,57
Verruga vulgar	10	2,22
<b>Premalignos</b>		
Queratosis actínica	3	0,66
<b>Malignos</b>		
Carcinoma basocelular	69	15,36
Carcinoma de células escamosas	9	2
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>100</b>

**Tabla 4****Clasificación de tumores de origen glandular**

<b>Tumor</b>	<b>Nº de casos</b>	<b>porcentaje</b>
<b>Benignos</b>		
Adenoma pleomórfico	2	0,44
Adenoma sebáceo	4	0,89
Hidradenoma papilífero	1	0,22
Hidrocistoma apocrino	26	5,79
Hidrocistoma ecrino	18	4
Poroma ecrino	1	0,22
Quiste ductal	1	0,22
Siringoma ecrino	1	0,22
<b>Malignos</b>		
Adenocarcinoma	1	0,22
Adenocarcinoma sebáceo	11	2,44
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

**Tabla 5**

**Clasificación de tumores de origen pilar**

<b>Tumor</b>	<b>Nº de casos</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Benignos</b>		
Pilomatricoma	7	1,55
Quiste triquilemal	1	0,22
Tricoblastoma	1	0,22
Tricoepitelioma	2	0,44
Tricofoliculoma	1	0,22
<b>Malignos</b>		
Carcinoma triquilemal	1	0,22
Tumor maligno de origen pilar	1	0,22
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

**Tabla 6**

**Clasificación de tumores de origen melanocítico**

<b>Tumor</b>	<b>Nº de casos</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Benignos</b>		
Nevus melanocítico	89	19,82
<b>Malignos</b>		
Melanoma	1	0,22
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

**Tabla 7**

**Clasificación de tumores de origen de partes blandas**

<b>Tumor</b>	<b>Nº de casos</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Benignos</b>		
Fibrolipoma	1	0,22
Fibroma	3	0,66
Granuloma piógeno	5	1,11
Hemangioma capilar	10	2,22
Hemangioma cavernoso	1	0,22
Lipoma	4	0,89
Neurofibroma	4	0,89
Tumor fibroso solitario	1	0,22
<b>Malignos</b>		
Fibrohistiocitoma	2	0,44
Rabdomiosarcoma	1	0,22
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

**Tabla 8**

**Clasificación de tumores de origen linfoide**

<b>Tumor</b>	<b>Nº de casos</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Benignos</b>		
Hiperplasia linfoide	1	0,22
<b>Malignos</b>		
Infiltración por linfoma no Hodgkin de células B	5	1,11
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

**Tabla 9**

**Clasificación de tumores misceláneos**

<b>Tumor</b>	<b>Nº de casos</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Benignos</b>		
Hamartoma cutáneo	1	0,22
Pólipo fibroepitelial	2	0,44
Quiste de inclusión epidérmico	30	6,68
Quiste dermoide	11	2,44
Xantelasma	10	2,22
Xantogranuloma juvenil	1	0,22
Xantoma	1	0,22
<b>Malignos</b>		
Carcinoma de células de Merkel	2	0,44
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

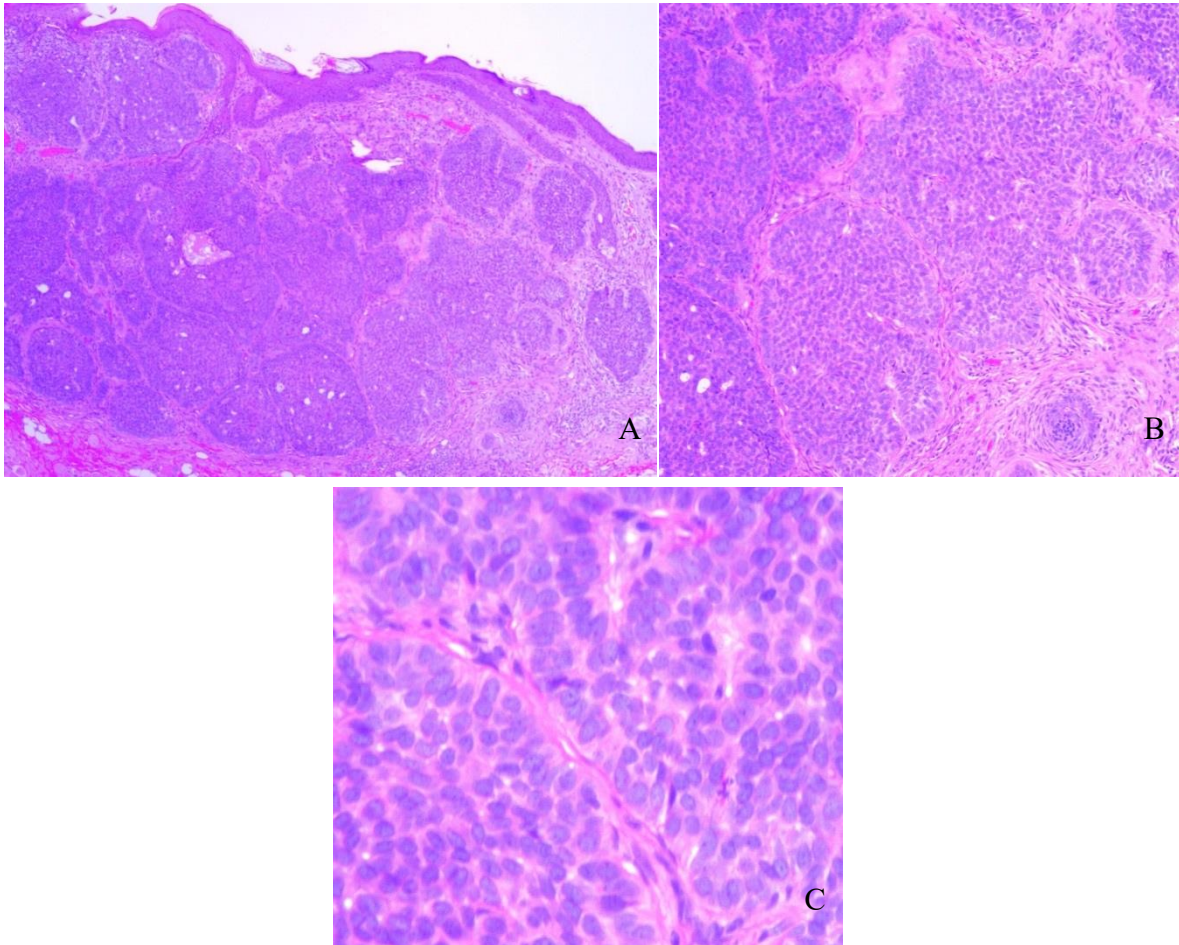
**Tabla 10****Diagnóstico histológico**

<b>Tumor</b>	<b>Nº de casos</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Epiteliales</b>		
Carcinoma basocelular	69	15,36
Carcinoma de células escamosas	9	2
Hiperplasia pseudoepiteliomatosa	1	0,22
Hiperqueratosis	1	0,22
Papiloma escamoso	39	8,68
Queratoacantoma	4	0,89
Queratosis actínica	3	0,66
Queratosis folicular invertida	4	0,89
Queratosis seborreica	43	9,57
Verruga vulgar	10	2,22
<b>Glandulares</b>		
Adenocarcinoma	1	0,22
Adenocarcinoma sebáceo	11	2,44
Adenoma pleomórfico	2	0,44
Adenoma sebáceo	4	0,89
Hidradenoma papilífero	1	0,22
Hidrocistoma apocrino	26	5,79
Hidrocistoma ecrino	18	4

Poroma ecrino	1	0,22
Quiste ductal	1	0,22
Siringoma ecrino	1	0,22
<b>De origen pilar</b>		
Carcinoma triquilemal	1	0,22
Pilomatricoma	7	1,55
Quiste triquilemal	1	0,22
Tricoblastoma	1	0,22
Tricoepitelioma	2	0,44
Tricofoliculoma	1	0,22
Tumor maligno de anexo de origen pilar	1	0,22
<b>Misceláneos</b>		
Carcinoma de células de Merkel	2	0,44
Hamartoma cutáneo	1	0,22
Pólipo fibroepitelial	2	0,44
Quiste de inclusión epidérmico	30	6,68
Quiste dermoide	11	2,44
Xantelasma	10	2,22
Xantogranuloma juvenil	1	0,22
Xantoma	1	0,22
<b>De partes blandas</b>		
Fibrohistiocitoma benigno	2	0,44
Fibroma	3	0,66
Fibrolipoma	1	0,22

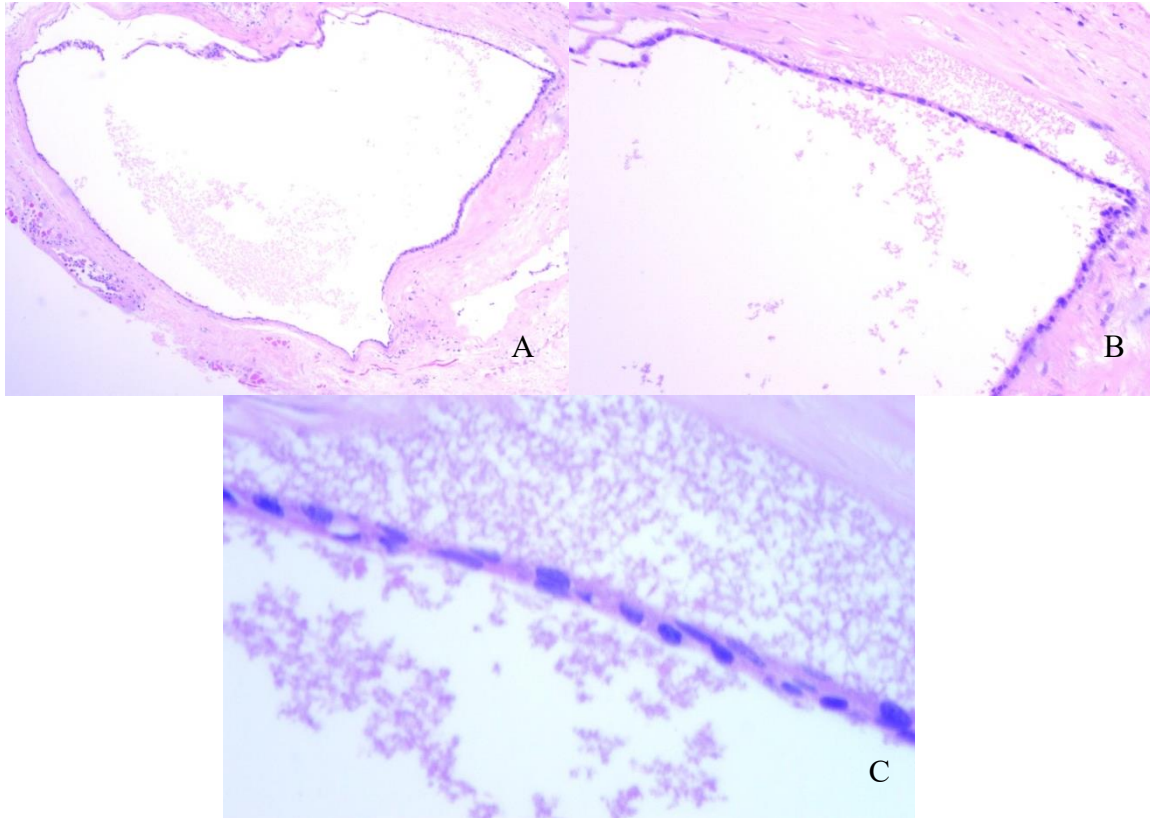
Granuloma piógeno	5	1,11
Hemangioma capilar	10	2,22
Hemangioma cavernoso	1	0,22
Lipoma	4	0,89
Neurofibroma	4	0,89
Rabdomiosarcoma	1	0,22
Tumor fibroso solitario	1	0,22
<b>Melanocíticos</b>		
Melanoma	1	0,22
Nevus melanocítico	89	19,82
<b>Linfoides</b>		
Hiperplasia linfoide	1	0,22
Infiltración por linfoma no Hodgkin de células B	6	1,33
<b>Total</b>	<b>449</b>	<b>100</b>

**Figura 1 Apariencia microscópica de carcinoma basocelular**



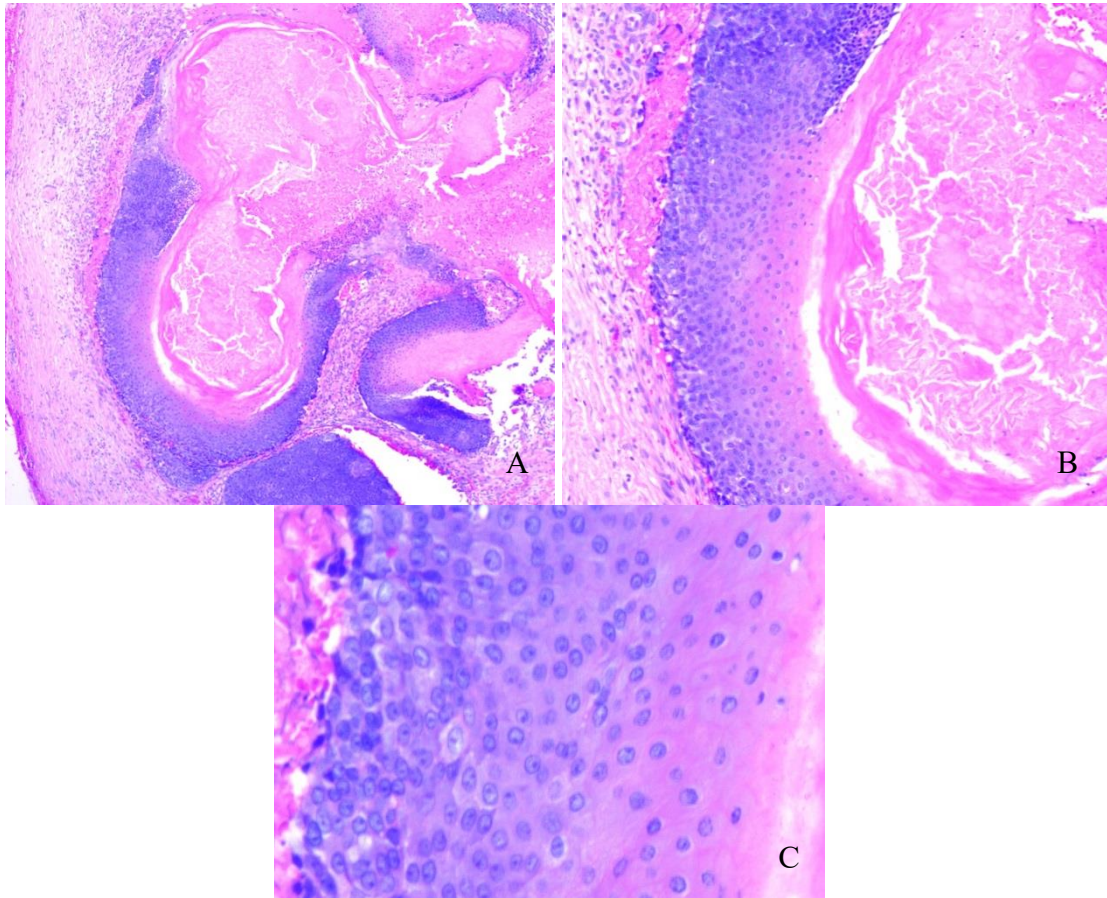
**Figura 1: Carcinoma basocelular:** A. Lesión tumoral basofílica, sólida, dispuesta en islas o nódulos. (H-E 4X) B. Células basaloideas dispuestas en empalizada periférica. Retracción tumoral estromal (H-E 10X) C. Células basaloideas monomórficas dispuestas en empalizada periférica (H-E 40X).

**Figura 2** Apariencia microscópica de hidrocistoma ecрино



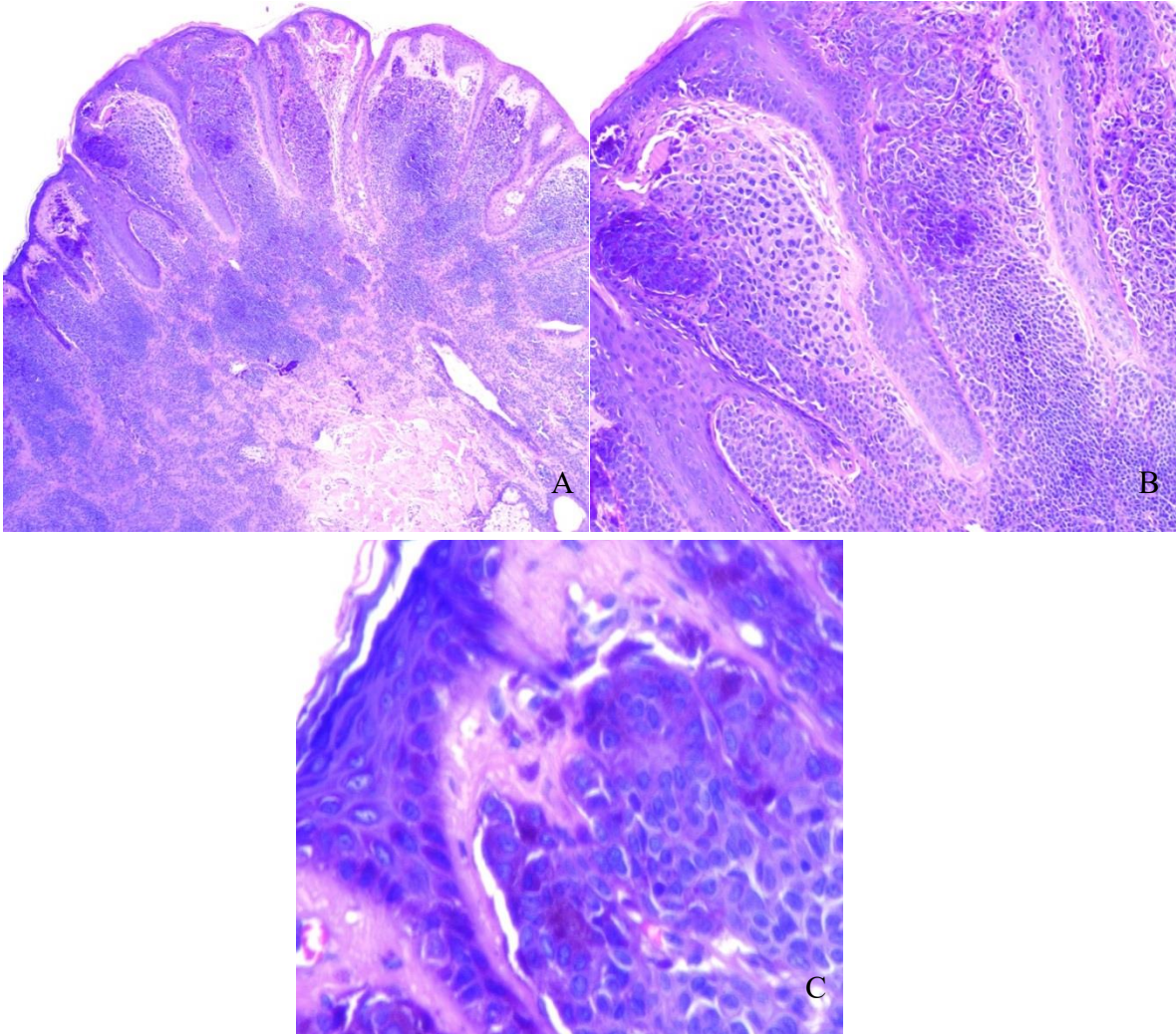
**Figura 2: Hidrocistoma ecрино:** A. Lesión quística y unilocular. (H-E 4X) B-C. Revestida por una o dos capas de células cuboidales de epitelio. (H-E 10X y 40X).

**Figura 3 Apariencia microscópica de pilomatricoma**



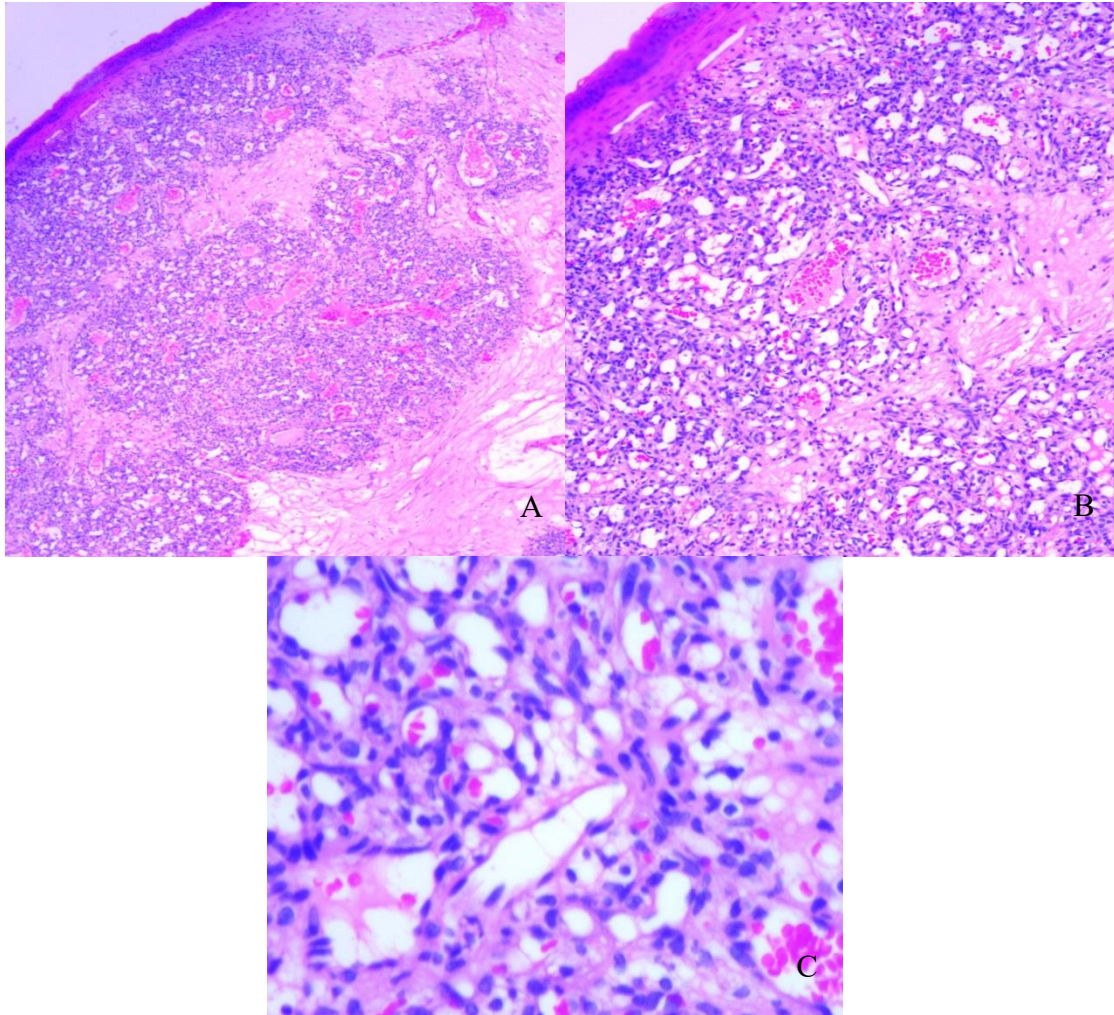
**Figura 3: Pilomatricoma:** **A.** Lesión encapsulada parcialmente, que se dispone en lóbulos. (H-E 4X) **B.** Compuesta por células basofílicas de bordes poco definidos hacia la periferia y células eosinofílicas hacia el centro de la lesión (H-E 10X) **C.** Transición entre las células basofílicas y las células fantasma (H-E 40X).

**Figura 4 Apariencia microscópica de nevus melanocítico**



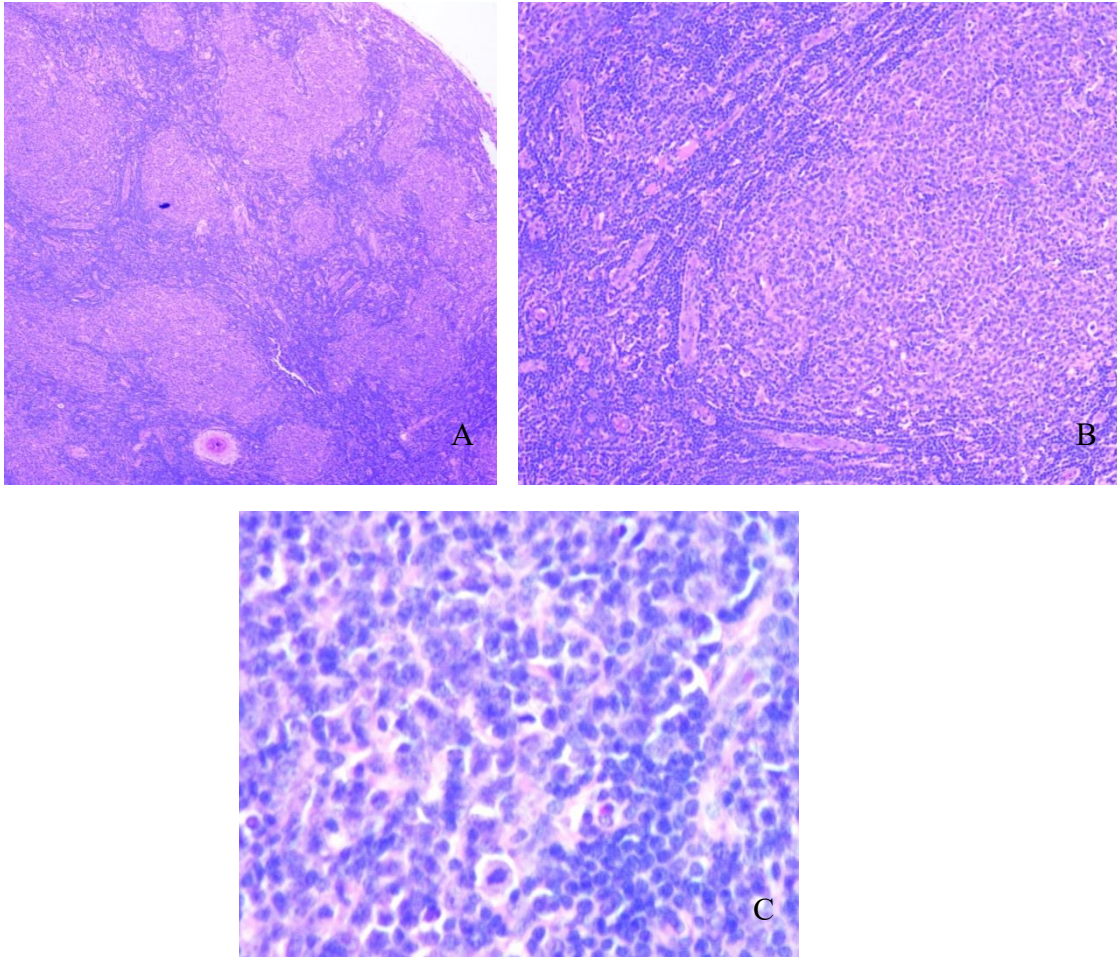
**Figura 4: Nevus melanocítico: A.** Lesión tumoral confinada a la dermis superficial y profunda, simétrica. (H-E 4X) **B.** Melanocitos que forman nidos y presentan maduración hacia la dermis profunda (H-E 10X) **C.** Células melanocíticas con escasa atipia, monomórficas. Sin atipia ni necrosis y pigmento melánico dispuesto de forma regular

**Figura 5 Apariencia microscópica de hemangioma capilar**



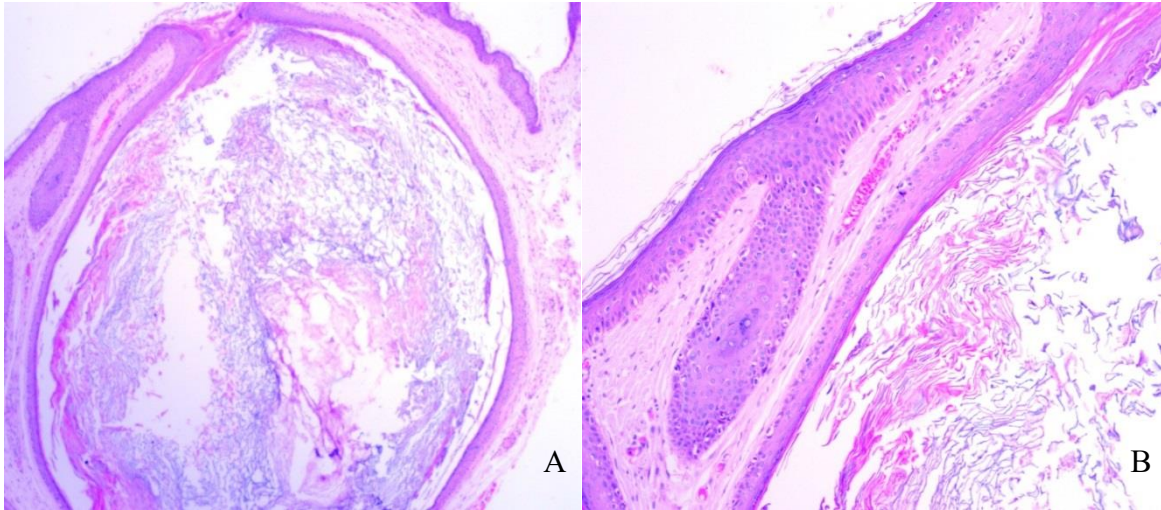
**Figura 5: Hemangioma capilar:** **A.** Lesión tumoral vascular lobulada, separada por septos fibrosos. (H-E 4X) **B.** Lóbulos compuestos por múltiples capilares dilatados con eritrocitos en su interior separados por estroma denso (H-E 10X) **C.** Células endoteliales monomórficas y de aspecto habitual, sin atipias, revistiendo vasos de paredes delgadas (H-E 40X).

**Figura 6 Apariencia microscópica de infiltración por linfoma no Hodgkin de células B**



**Figura 6: Infiltración por linfoma no Hodgkin de células B: A.** Lesión tumoral infiltrativa que se dispone formando folículos. (H-E 4X) **B.** Folículos con centros germinales (H-E 10X) **C.** Células de estirpe hematopoyético, de mediano y gran tamaño, atipia nuclear, nucléolo prominente y abundantes mitosis (H-E 40X).

**Figura 7** Apariencia microscópica de quiste de inclusión epidérmica



**Figura 7: Quiste de inclusión epidérmica: A.** Lesión quística, bien delimitada en continuidad con la epidermis. (H-E 4X) **B.** Revestimiento de epitelio plano estratificado sin anexos. Luz quística ocupada por queratina laminar (H-E 10X).