

Martínez Vera, E.; Melgarejo Rivas, D.; Arrúa Caballero, M.; Cardozo Cabral, S.
Tumor de párpados: 241 casos. Hallazgos y desafíos para la reconstrucción
Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 39, núm. 2, abril-junio, 2013, pp. 145-152
Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
Madrid, España

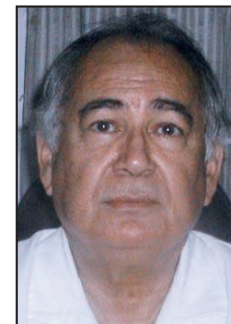
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365533930005>

Cirugía Plástica
Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana,
ISSN (Versión impresa): 0376-7892
ciplatin@gmail.com
Sociedad Española de Cirugía Plástica,
Reparadora y Estética
España

Tumor de párpados: 241 casos. Hallazgos y desafíos para la reconstrucción

Eyelid tumors: 241 cases. Findings and challenges for reconstruction



Martínez Vera, E.

Martínez Vera, E.* , Melgarejo Rivas, D.** , Arrúa Caballero, M.*** ,
Cardozo Cabral, S.****

Resumen

Realizamos un estudio observacional, descriptivo, temporalmente retrospectivo, en el que fueron evaluados 241 pacientes con diagnóstico de tumor de párpado de diferentes etiologías entre 1981 y 2009. La edad promedio fue de 44,17 años, siendo de sexo femenino 162 pacientes (67,2%). No hubo preferencia de localización en cuanto a la zona afectada. Según Anatomía Patológica, 164 casos (68%) fueron tumores benignos y 77 casos (32%) tumores malignos. Los diagnósticos postoperatorios más frecuentes fueron, entre los tumores malignos, el de carcinoma basocelular en 63 pacientes (82%), y entre los tumores benignos, el de chalazión en 25 pacientes (15,2%). Las técnicas quirúrgicas más empleadas fueron la resección simple con sutura en los tumores benignos, y el colgajo músculo-cutáneo monopediculado de párpado superior en los tumores malignos. En el seguimiento postoperatorio al año de la cirugía realizado sobre 38 pacientes (15,8%) con tumor maligno, se observaron 6 casos (7,7%) de recidiva.

Abstract

We performed an observational, descriptive temporally retrospective study; were evaluated 241 patients with different eyelid tumor etiologies in the time period from 1981 to 2009. The average age was 44,17 years and 162 patients (67.2%) were female. There was no location preference for the affected area. The tumors were benign pathology in 164 cases (68%) and malignancy in 77 patients (32%). The most frequent postoperative diagnoses included basal cell carcinoma in malignant tumors in 63 patients (82%), and chalazion among benign tumors in 25 patients (15,2%). The surgical techniques employed were simple excision with suture in benign tumors, and muscle monopediculated flap from upper eyelid. Postoperative one year follow up in 38 of patients (15,8%) observed malignant tumor recurrence in 6 cases (7,7%).

Palabras clave Tumor de párpado,
Reconstrucción párpado.

Código numérico 221-2441

Key words Eyelid tumor,
Eyelid reconstruction.

Numerical Code 221-2441

* Jefe del Departamento de Cirugía Plástica Oftálmica. Cátedra de Oftalmología
** Oftalmóloga adjunta del Departamento de Cirugía Plástica Oftálmica. Cátedra de Oftalmología.
*** Oftalmólogo. Cátedra de Oftalmología.
**** Profesor y Jefe de la Cátedra de Oftalmología.

Introducción

Los párpados pueden verse afectados por gran número de tumores benignos y malignos que se originan tanto en la piel, como en las estructuras glandulares especializadas, los folículos pilosos o en los tejidos más profundos de los párpados. Suelen identificarse por su aspecto clínico, pero siempre es necesaria una biopsia para establecer el diagnóstico definitivo (1,2). Las lesiones pueden clasificarse en pigmentadas y no pigmentadas, y según su genio evolutivo, en benignas y malignas (3,4).

Los tumores palpebrales benignos no pigmentados incluyen la verruga viral o papiloma de células escamosas (tumor benigno más frecuente de los párpados), la queratosis seborreica, la queratosis actínica, el cuerno cutáneo, el queratoacantoma y el hemangioma capilar (tumor palpebral más frecuente en la infancia) (4).

Los tumores palpebrales malignos no pigmentados incluyen: el carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas y carcinoma de glándulas sebáceas (5). El carcinoma de células basales representa el 90% de los tumores palpebrales malignos y el 10% de los tumores en general. Presenta un pico de incidencia entre la séptima y octava décadas de la vida. El 50% de los casos afecta al párpado inferior, el 30% al canto medial, el 15% al párpado superior y el 5% al canto externo. Se distinguen dos formas principales: carcinoma de células basales, nódulo ulcerativo (*ulcus rodens*) y carcinoma de células basales esclerosante (5,6). El carcinoma de células escamosas es la segunda neoplasia palpebral más frecuente y constituye el 5% de todos los tumores palpebrales. Es relativamente más frecuente en el párpado superior (5,6). El carcinoma de glándulas sebáceas es una neoplasia de las glándulas de Meibomio con una incidencia menor del 1% (6).

Entre las lesiones benignas pigmentadas se encuentran la melanosis oculodérmica (*nevus de Ota*) y los nevus simples, aunque la frecuencia de las mismas en relación con las no pigmentadas es muy baja (7). Entre las lesiones malignas pigmentadas se encuentran el lentigo maligno, lesión infrecuente que afecta típicamente a ancianos, y el melanoma maligno, que puede surgir de novo o a partir de una melanosis (7).

El tratamiento de elección de las patologías tumorales del párpado consiste en la escisión quirúrgica local tanto en las lesiones benignas como en las malignas, considerando que en éstas últimas es obligatorio dejar un margen libre de 3 mm. El carcinoma de células basales suele dar una tasa menor de recidivas. Debe realizarse un análisis histológico de la muestra resecada para asegurar que los bordes están libres de células tumorales. La radioterapia queda reservada para aquellas lesiones que no cumplen los criterios de indicación quirúrgica o bien cuando el enfermo la rechace. Las tasas de recidiva son superiores a las obtenidas tras la escisión quirúrgica, sobre todo en el

carcinoma de células sebáceas. Entre las complicaciones de la radioterapia destacan la pérdida de pestañas, sequedad ocular, queratinización de la conjuntiva y las lesiones cutáneas (8,9).

Cuando se trata de tumores extensos que han invadido la órbita, se requiere la exéresis del globo ocular y del contenido orbitario. En enfermos con afectación de los ganglios preauriculares o cervicales anteriores es necesario el vaciamiento radical del cuello (10).

En nuestro país, Paraguay, carecemos de estadísticas acerca de datos clínicos y epidemiológicos relativos a los tumores palpebrales, por lo que este estudio está justificado al ser el primero, hasta donde tenemos conocimiento, en proporcionar este tipo de datos acerca de esta patología.

Material y método

Realizamos un estudio observacional, descriptivo, temporalmente retrospectivo, con el objetivo de evaluar las características clínicas y de tratamiento de pacientes de ambos sexos con diagnóstico de tumor palpebral de diferentes etiologías que consultaron en el Departamento de Cirugía Plástica Oftálmica de la Cátedra de Oftalmología del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas en la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay, y a los cuales se les realizó tratamiento quirúrgico durante el período 1981 a 2009.

Se examinaron un total de 331 fichas de pacientes operados con diagnóstico de tumor palpebral, de las cuales fueron seleccionados para el estudio 241 pacientes que reunieron todos los criterios de inclusión. Fueron excluidos aquellos pacientes con diagnóstico de tumor palpebral pero de los cuales no se contó con datos completos en el cuestionario de recolección, así como aquellos pacientes con diagnóstico de tumor de párpado asociado a otra patología orbitaria. Evaluamos variables demográficas, clínicas y quirúrgicas y realizamos un cuestionario precodificado con datos de sexo, edad, ocupación, antecedentes patológicos personales, motivo de la consulta, síntomas y signos, tamaño del tumor, tratamiento previo realizado, técnica quirúrgica empleada, complicaciones y secuelas, resultado de Anatomía Patológica y naturaleza del tumor, así como recidiva en aquellos pacientes que acudieron para realizar el seguimiento. Los datos de los cuestionarios fueron consignados en una planilla electrónica (Excel) y posteriormente analizados utilizando el paquete estadístico Epi-Info versión 7.0.

RESULTADOS

Examinamos 241 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de tumor palpebral; la distribución según sexo fue de 162 pacientes (67,2%) de sexo femenino y 79 (32,8%) de sexo masculino. La edad media fue de 44,17 años con un intervalo de 6 meses hasta 90 años (DE: $\pm 23,7$) (Tabla I).

Tabla I: Características demográficas de la población de nuestro grupo de estudio.

Variable	Ojos Examinados (n:241)
Sexo	
Masculino	79 (32,8%)
Femenino	162 (67,2%)
Edad	44,17 años (6 meses - 90 años)

Con respecto al motivo de consulta, 220 pacientes (91,2%) consultó únicamente por tumor; 6 pacientes (2,5%) por tumor asociado con secreciones; 5 pacientes (2%) por tumor asociado a dolor; 3 pacientes (1,2%) por tumor congénito y 7 pacientes (3%) por otros síntomas asociados al tumor como ardor, lagrimeo o hemorragia. El diagnóstico clínico preoperatorio fue de carcinoma basocelular en 64 de los pacientes (26,6%); chalazión en 33 (13,7%); quiste sebáceo en 19 (7,9%); quiste de inclusión epitelial en 17 (7,1%); nevus pigmentado en 10 (4,1%); hemangioma capilar en 8 (3,3%); carcinoma sebáceo, verruga vulgar, papiloma en 6 (2,5%) respectivamente. Los otros diagnósticos preoperatorios se presentaron en menos de 3 pacientes (1,2%) cada uno.

El tiempo de evolución fue de 4,9 años como promedio con un intervalo de 15 días a 42 años (DE: $\pm 2,7$). Recibieron tratamiento previo a la consulta 136 pacientes (56,4%), que fue clínico en 111 pacientes (81,6 %), quirúrgico en 15 (11%) y biopsia en 10 (7,4%).

Presentaron tumoración en el párpado superior 134 pacientes (55,6%). De éstos en 61 casos (45,5%) estaba en el ojo derecho; en 67 (50%) en el ojo izquierdo y en 6 (4,5%) afectaba a ambos ojos. En el párpado inferior presentaron tumoración 136 pacientes (56,4%). De ellos 65 (47,8%) afectaba al ojo derecho; en 67 (49,2%) al ojo izquierdo y en 4 (3%) a ambos ojos. En 29 casos (12%) se observaron tumoraciones palpebrales que afectaron tanto al párpado superior e inferior.

En relación a la afectación de los ángulos, 79 pacientes (32,7%) presentaron tumoración en dicha zona; de éstos se observó tumoración en el ángulo interno en 45 pacientes (56,9%), en el ángulo externo en 29 pacientes (36,7%) y afectación de ambos ángulos en 5 pacientes (6,4 %).

En relación al tamaño del tumor en 124 pacientes (51,5%) era menor de 10 x 5 mm; en 62 (25,7%) tenía un tamaño de 10 x 5 hasta 25 x 15 mm; en 18 (7,5%) de 25 x 15 hasta 35 x 20 mm y en 15 (6,2%) era mayor de 35 x 20 mm.

Con respecto a la evaluación de la técnica quirúrgica empleada, en 144 pacientes (59,8%) se practicó resección simple con sutura; en 29 (12%) colgajo músculo-cutáneo monopediculado de párpado superior; en 14 (5,8%) injerto de piel (total o parcial); en 12 (5%) resección

pentagonal; en 7 (2,9%) colgajo medio frontal Indio; en 4 (1,7%) colgajo de mejilla de Mustardé; en 4 (1,7%) colgajo de espesor total de Cutlear Beard y en menos del 1,2%, otras técnicas.

En relación al origen del tumor fue: en 175 pacientes (72,6%) de piel; en 31 (12,9%) del tarso; en 12 (5%) de origen profundo; en 8 (3,3%) de origen vascular; en 7 (2,9%) de piel de carúncula; en 5 (2,1%) de conjuntiva tarsal y en 3 (1,2%) de origen nervioso.

Según Anatomía Patológica los tumores fueron benignos en 164 pacientes (68%) y malignos en 77 (32%).

Del total de tumores benignos, los principales diagnósticos fueron: chalazión en 25 pacientes (15,2%); quiste de inclusión epidérmico en 17 (10,3%); quiste dermoide en 14 (8,5%); nevus intradérmico en 13 (7,9%) y queratosis seborreica pigmentada en 10 (6%). Con una frecuencia menor del 4% se presentaron otras patologías (Gráfico 1). De entre los tumores malignos las principales patologías diagnosticadas fueron: carcinoma basocelular en 63 pacientes (82%); carcinoma escamoso en 7 (9%); carcinoma sebáceo en 6 (7,7%) y melanoma maligno en 1 paciente (1,3%) (Gráfico 2).

No se observaron complicaciones tras la cirugía en 224 pacientes (93%). Hubo necrosis parcial en 7 pacientes (3%); desepitelización del colgajo en 4 (1,6%); dehiscencia de sutura en 3 (1,2%) e infección en otros 3 casos (1,2%) (Tabla II).

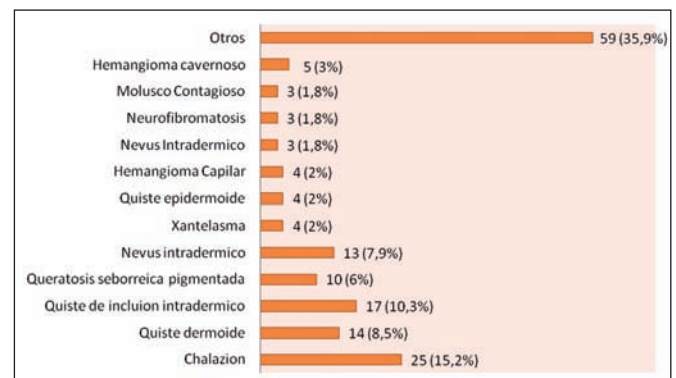
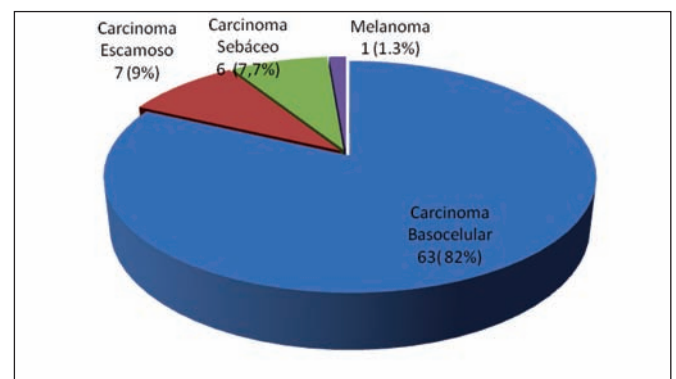
**Gráfico 1. Diagnóstico según Anatomía Patológica de los tumores benignos del párpado en nuestro grupo de estudio.****Gráfico 2. Diagnóstico según Anatomía Patológica de los tumores malignos del párpado en nuestro grupo de estudio.**

Tabla II: Complicaciones quirúrgicas

SIN COMPLICACIONES		224 (93%)
COMPLICACIONES	Necrosis parcial	7 (3%)
	Desepitelización del colgajo	4 (1,6%)
	Dehiscencia de sutura	3 (1,2%)
	Infección	3 (1,2%)
	Total	241 (100%)

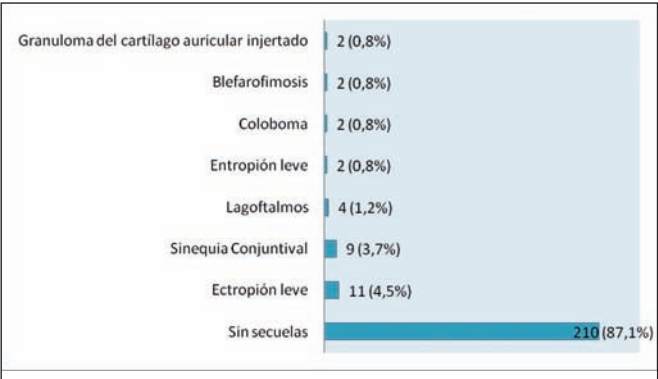


Gráfico 3. Secuelas de las cirugías de los tumores de párpados en nuestro grupo de estudio.

No se encontraron secuelas postoperatorias en 210 cirugías realizadas (87,1%). En 11 casos (4,5%) hubo ectropion leve; sinequia conjuntival en 9 (3,7%) y lagoftalmos en 4 (1,2%). Con una frecuencia menor del 1% se observaron otras secuelas (entropion leve, blefarofimosis, coloboma y granuloma del cartílago auricular injertado) (Gráfico 3).

Se pudo realizar seguimiento al año de postoperatorio en 38 pacientes (15,8%) con tumor maligno, observándose recidiva en 6 casos (7,7%), todos ellos correspondientes a tumores de gran tamaño.

Discusión

Los tumores palpebrales benignos y malignos evaluados en este estudio fueron más frecuentes a partir de la cuarta década de la vida, lo que coincide con lo referido por Chi y Baek (11), que encontraron una media de 42,3 años para los tumores palpebrales. El sexo femenino fue el más frecuentemente afectado, lo que creemos debido a que las mujeres son más afines a consultar con los especialistas; esto también coincide con el trabajo de Chi y Baek (11) aunque difiere de lo referido por Cook y Bartley (12) que encontraron igual afectación para hombres y mujeres.

La patología más frecuente entre los tumores benignos fue el chalazion, seguido por el quiste dermoide, el quiste de inclusión epidérmico y el nevus intradérmico según diagnóstico anatomopatológico. Esto no concuerda con otros artículos que mencionan a los papilomas como

los tumores benignos más frecuentes; así lo refiere Deprez y Uffer (13); aunque Obata (14) encontró mayor frecuencia de nevus nevocelular y queratosis seborreicas. No hemos encontrado en nuestra casuística otros tumores benignos poco frecuentes como el schwannoma (15). En la mayoría de las series, como en los trabajos de Deprez y Uffer (13), se menciona a la verruga viral o papiloma de células escamosas como el tumor más frecuente entre las lesiones benignas; en nuestra serie encontramos esta lesión con menor frecuencia que las lesiones quísticas y el nevus pigmentado (Fig. 1).

Entre los tumores malignos el carcinoma basocelular fue el más frecuente seguido por el carcinoma escamoso y sebáceo, lo que coincide con los estudios de Deprez, (13) pero difiere de los de Obata (14) que encontró igual proporción entre carcinomas sebáceos y de células basales, y de los de Pornpanich y Chindasub (16) que recogen mayor frecuencia de carcinomas sebáceos que de células basales. En nuestra serie de casos encontramos melanoma solo en 1 paciente.

El tiempo entre el inicio de los síntomas y la consulta de los pacientes fue de 5 años como promedio, lo que se debe a la poca concienciación entre la población para realizar los exámenes correspondientes que permitan llegar a un diagnóstico y tratamiento efectivos. No hubo preferencia para la localización de los tumores palpebrales, ya que se encontró afectación de ambos párpados y de ambos ojos en igual proporción tanto para tumores malignos como para benignos; esto coincide con el trabajo de Chi y Baek (11) pero difiere de lo encontrado por Cook y Bartley (12) que recogen una mayor afectación del párpado inferior y del canto interno. En un tercio de los casos los tumores se ubicaron en la región de los cantos, siendo el canto interno el afectado más frecuentemente, lo que también coincide con la literatura (11, 12).

En relación al tamaño del tumor, el 75% presentaban un tamaño inferior a 25 x 5 mm, aunque en un 6% de los casos se encontraron tumores que sobrepasaban los 35 x 20 mm, lo cual se debería al largo periodo de tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la consulta.

La técnica quirúrgica empleada con más frecuencia fue la resección simple con sutura, lo que coincide con la literatura (11-13). En los tumores malignos, las técnicas



Fig. 1. A - Paciente de 16 años con diagnóstico de nevus azul celular congénito. Diseño de la incisión, resección del tumor y del colgajo del párpado inferior. Tumoración que abarca más de dos tercios del párpado superior derecho e impide la visión normal. B - Resección del tumor retirando todo el espesor del párpado. C - Diseño del colgajo de espesor total del párpado inferior. D - Postoperatorio a los 21 días de la primera cirugía, con el colgajo integrado. E - Sección del colgajo en la segunda cirugía, separando ambos párpados. F - Postoperatorio a las 3 semanas, con equimosis y edema aún visibles.

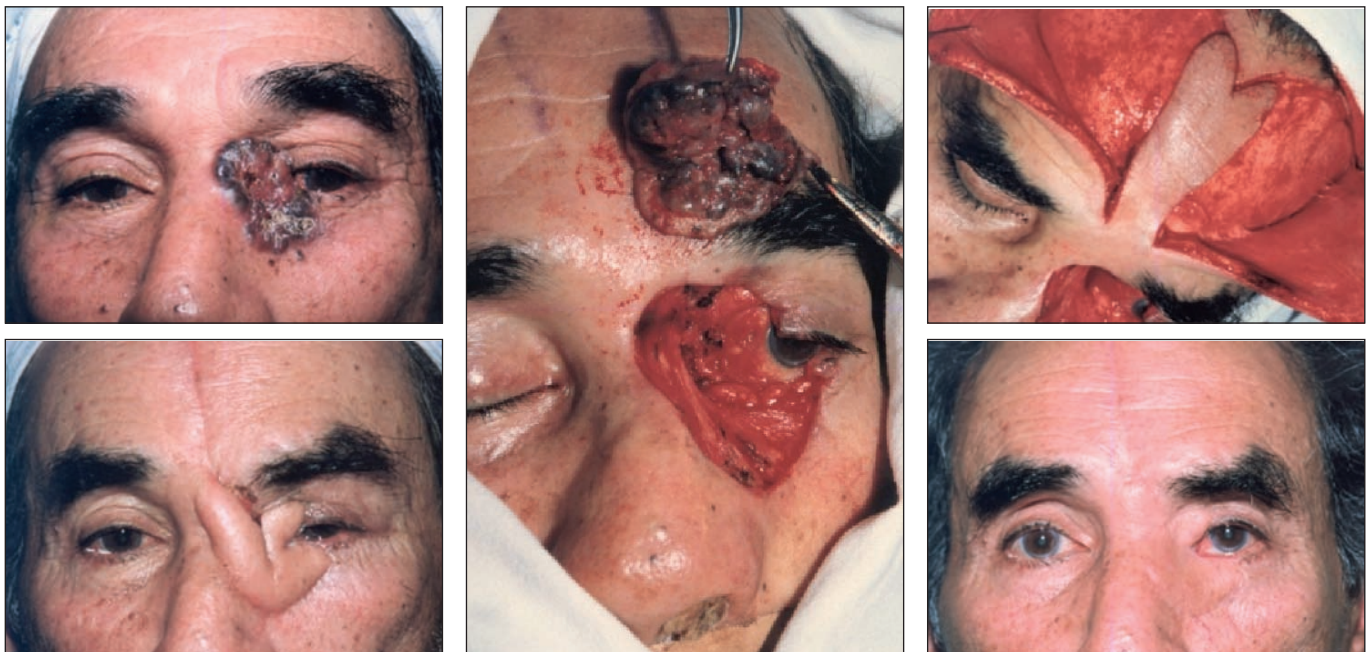


Fig. 2. A - Paciente de 66 años con carcinoma basocelular de ángulo interno, párpado superior e inferior de 4 años de evolución. B - Escisión amplia del tumor hasta el plano óseo. Se extirpa el saco lagrimal hasta el conducto lácrimo-nasal. El defecto es amplio y profundo. C - Disección del colgajo medio frontal muy ancho, lo que obliga al despegamiento de toda la región frontal para cerrar la zona donante. D - Colgajo integrado en 4 semanas. Previamente a la sutura del colgajo, se reconstruyen la capa interna e intermedia de los párpados con injerto compuesto condromucoso de septo nasal. E - Postoperatorio a los 18 meses de evolución. Solamente un colgajo de gran espesor puede rellenar el gran hueco que deja la resección amplia de un tumor de gran tamaño. Cuanto mayor es el tumor, menor es el resultado estético.

más frecuentemente empleadas fueron el colgajo músculo-cutáneo monopediculado del párpado superior, el colgajo de mejilla de Mustardé y el colgajo medio frontal Indio. El colgajo monopediculado de párpado superior con pedículo interno o externo, por su extremada

versatilidad, fue el más utilizado para reconstruir el párpado inferior, total o parcialmente, además de los ángulos interno y externo, con injerto de cartílago auricular o injerto compuesto condromucoso de septo nasal. El colgajo músculo-cutáneo en isla de los músculos orbicular y



Fig. 3. A - Preoperatorio de paciente de 58 años con carcinoma basocelular de 1 año de evolución que afecta la totalidad de ambos párpados e impide abrir el ojo izquierdo. B - Escisión del tumor y de la totalidad del párpado superior e inferior, además del ángulo interno y externo. C - Injerto compuesto condromucoso de septo nasal de 25 x 5 mm para formar la capa interna e intermedia del párpado superior. Sutura inicial de injerto en el párpado inferior. D - Se completa la sutura del injerto de septo de 25 x 4 mm al párpado inferior. Hay un punto de anclaje del colgajo de mejilla al muñón del ligamento cantal. E - Colgajo de mejilla izquierda (Mustardé) suturado sobre ambos injertos de septo nasal quedando enterradas bajo el colgajo. F - Postoperatorio al 1 año de evolución con la cicatriz aún visible y redundancia de piel en párpado superior. Pueden ser mejoradas con un retoque, no siempre aceptado por los pacientes. G - Oclusión palpebral normal. En estos casos de extrema gravedad, se evita la excenteración y se salva la función. Estéticamente es apenas aceptable.

nasal (17) podría ser también una opción en determinados casos, principalmente para la porción orbitaria del párpado, donde la diferencia de textura y color de la piel de mejilla del colgajo puede pasar más desapercibida. El colgajo medio frontal Indio se empleó principalmente para reconstruir el ángulo interno y el área adyacente, donde la resección fue grande y profunda hasta el plano óseo. Solamente este colgajo puede ofrecer suficiente tejido para rellenar el hueco que dejan estas grandes resecciones (Fig. 2). Encontramos sumamente interesante para sustituir el colgajo medio frontal en algunos casos, el colgajo zigomático de mejilla preconizado por De Abullarade (18), con aparente ventaja en el resultado estético. Pretendemos utilizarlo en futuras cirugías. El colgajo de mejilla de Mustardé fue utilizado para la reconstrucción parcial o total del párpado inferior y principalmente cuando el tumor afectaba al tercio interno del párpado inferior. En 1 caso se empleó para reconstruir el párpado superior e inferior simultáneamente tras resección total de ambos párpados (Fig. 3).

La mayoría de los tumores tenían como origen la piel, seguida por el tarso, origen profundo, vascular y nervioso. Esto se encuentra en relación con lo publicado por varios autores (11-13).

Los tumores malignos, con el carcinoma basocelular como tipo histológico más frecuente como ya se ha mencionado (Fig. 4), correspondieron a más del 30% de los casos, lo que implica una alta frecuencia de los mismos entre los tumores palpebrales; este dato es algo mayor a lo referido en otras series como las de Cook, Deprez, y Obata (12-14) que encontraron una frecuencia de entre el 15 y el 25%. Esto se debería a que la mayoría de los pacientes acuden a nuestro Servicio en busca de atención especializada para estas patologías, lo que hace que se concentren pacientes con tumores palpebrales de mayor gravedad.

En nuestra serie encontramos 6 casos de carcinoma sebáceo, de los cuales 4 eran del párpado superior y 2 del párpado inferior, lo que coincide con la literatura. Uno de los casos del párpado inferior era el de un varón joven, de 26 años, con un tumor de patrón muy agresivo. Uno de los principales problemas que acompaña a los casos de carcinoma sebáceo palpebral es el que, con extraordinaria frecuencia, se confunden con lesiones tipo chalazion o con blefaritis crónica (19, 20). Por esta razón se demora el diagnóstico y con ello, el inicio del tratamiento verdaderamente efectivo.

Se observaron complicaciones en 17 pacientes (7%),



Fig. 4 A - Paciente de 56 años con carcinoma basocelular de párpado superior, inferior, ángulos interno y externo derechos de 16 años de evolución. También el párpado inferior izquierdo presenta un tumor similar. B - Escisión del tumor. La amplitud de la escisión no permite el uso del colgajo de mejilla de Mustardé. La paciente no acepta el uso de expansor. C - La única opción factible es un injerto de piel retroauricular derecho de espesor total. La zona donante se recubre con piel de muslo de espesor parcial. D - Para fijar el párpado superior en ambos ángulos se injerta cartilago auricular de 10 x 4 mm, suturando al tarso, periostio y al muñón del tendón cantal. E - En la segunda cirugía se utiliza cartilago auricular de 40 x 4 mm para substituir el tarso, y piel retroauricular izquierda. F - Pinza dentro de un túnel creado en el espesor del orbicular donde se coloca el cartilago auricular. Se fijan los extremos del cartilago auricular al periostio y al muñón del tendón cantal. G - Postoperatorio a los 2 años. Estéticamente el resultado es apenas regular, pero se salva la función en un caso de difícil solución.

entre las cuales el sufrimiento vascular y la desepitelización del colgajo fueron las principales. Las secuelas aparecieron en 31 de los pacientes (12,9%) de las cuales el ectropión leve y la sinequia conjuntival fueron las más frecuentes.

Se pudo realizar seguimiento al año de la cirugía en 38 de los pacientes (15,8%) con tumor maligno, debido a que la mayoría proceden por lo general de áreas rurales y tienen escasos recursos económicos, lo que determina una dificultad para acudir a las consultas de control. Se encontró recidiva solo en 6 de ellos (7,7%), todos operados por tumor maligno. Cook y Bartley encontraron una tasa de recurrencia del 2 y el 3% a los 5 y 10 años respectivamente (12).

Conclusiones

La consulta tardía conllevó mayor tamaño del tumor y mayor dificultad técnica para la reconstrucción posterior a la resección, con peor resultado funcional y estético. El tratamiento precoz se traduce en mejor pronóstico para los pacientes. Los casos de recidiva que hemos tenido se dieron en los casos de resecciones grandes y difíciles.

Constatamos con nuestros pacientes operados la no existencia de una técnica quirúrgica adaptable a todos los casos de reconstrucción palpebral. La diversidad del tamaño y localización de los tumores obliga al cirujano a manejar varias técnicas quirúrgicas, conocer las bondades y defectos de cada una de ellas para aplicarlas correctamente en cada caso, y así obtener el máximo de beneficio para el paciente, conservar la función y la estética.

En nuestra casuística, hemos encontrado pacientes con tumores de gran tamaño y con invasión de más de una unidad anatómica del párpado. Cuando el tumor invade más de una unidad anatómica, un procedimiento único no alcanza a veces para reconstruir un nuevo párpado, por lo que es necesario combinar más de una técnica para reparar correctamente el daño producido por la escisión del tumor.

La cirugía reparadora de los párpados es uno de los campos más fascinantes y complejos de la Cirugía Plástica. Más que en ningún otro aspecto de la misma, el respeto de los principios fundamentales de una buena reconstrucción está estrechamente unido al resultado funcional y estético. Un párpado bien reconstruido protege al ojo y es agradable a la vista.

Dirección del autor

Dr. Elvio Martínez Vera
Mayor Bullo 541
Asunción, Paraguay
e-mail: elviomv@gmail.com

Bibliografía

1. **Barraco, P. et al.:** Traitement chirurgical des tumeurs-palpebrales. *J. Fr. Ophtalmol.* 26 (2003): 92-102.
2. **American Academy of Ophthalmology:** Basic and clinical science course: orbit, eyelids and lachrymal system, sect 7, San Francisco 1998-1999. Pp 167-187.
3. **Conlon MR, Letherbarrow B, Nerad JA.:** Benign eyelid tumors. In Bosniak S. Ed.: Principles and practice of ophthalmic plastic and reconstructive surgery, Philadelphia, 1996, WB Sanders. chap 31, Pp 323-341.
4. **Kanski JJ.:** Clinical ophthalmology. 4ed. Boston: Butterworth Heinemann, 1999. Pp:12-93.
5. **Stal S, Spira M.:** Basal and squamous cell carcinoma of the skin. In: Aston SJ, Beasley RW, Thorne CHM, Grabb WC, Smith JW, Ed.: Grabb and Smith's Plastic Surgery. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. Pp:107-120.
6. **Zimmerman LE, Sobin LH.:** Tipos histológicos de tumores del ojo y de sus anexos. Ginebra: OMS, 1980:17-40.
7. **Beyer KC, Riedel GK.:** Basal cell carcinoma. En: Albert DM, Jakobiec FA. Principles and practice of ophthalmology, clinical practice. Boston: W.B. Saunders, 1995, Pp:1173-1121.
8. **Pereira IC, Schellini AS, Silva MRBM, Marques MEA, Padovani CR.:** Aspectos do carcinoma basocelular da pálpebra na região de Botucatu (São Paulo). *Rev Bras Oftalmol.* 2000;59 (10):737-743.
9. **Kwitko GM, Nesi FA.:** Eyelid and ocular adnexal reconstruction. In: Nesi FA, Levine MR, Lisman RD, Ed. Smith's Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery. Saint Louis: Mosby; 1998. Pp: 582-607.
10. **Ni Z.:** Histopathological classification of 3510 cases with eyelids tumors. *Chung Hua Yen KoTsa Chih* 1996; 32(6):435-437.
11. **Chi MJ, Baek SH.:** Clinical analysis of benign eyelid and conjunctival tumors. *Ophthalmologica.* 2006; 220 (1):43-51.
12. **Cook BE Jr, Bartley GB.:** Epidemiologic characteristics and clinical course of patients with malignant eyelid tumors in an incidence cohort in Olmsted County, Minnesota. *Ophthalmology.* 1999;106(4):746-750.
13. **Deprez M, Uffer S.:** Clinicopathological features of eyelid skin tumors. A retrospective study of 5504 cases and review of literature. *Am J Dermatopathol.* 2009; 31(3):256-262.
14. **Obata H, Aoki Y, Kubota S, Kanai N, Tsuru T.:** Incidence of benign and malignant lesions of eyelid and conjunctival tumors. *Nihon Ganka Gakkai Zasshi.* 2005; 109(9):573-579.
15. **Moretti, E. et al.:** Schwannoma de párpado. *Cir. plást. iberolatinoam.*, 2012, 38 (3):279-283.
16. **Pornpanich K, Chindasub P.:** Eyelid tumors in Siriraj Hospital from 2000-2004. *J Med Assoc Thai.* 2005;88 Suppl 9:S11-14.
17. **Lagares Borrego, A. et al.:** Reconstrucción de párpado inferior mediante colgajos miocutáneos en isla de los músculos orbicular y nasal. *Cir. plást. iberolatinoam.*, 2009, 35 (1):35-42.
18. **Abullarade, J. de.:** Reconstrucción de canto interno y pared lateral nasal con colgajo zigomático de mejilla. *Cir. plást. iberolatinoam.*, 2009, 35 (2): 123-128.
19. **Gardetto A, Rainer C, Ensinger C, Baldissera I, Piza-Katzer H.:** Sebaceous carcinoma of the eyelid. A rarity worth considering. *Br J Ophthalmol.* 2002;86:243-244.
20. **Zürcher M, Hintschich CR, Garner A, Bunce C, Collin JR.:** Sebaceous carcinoma of the eyelid: a clinicopathological study. *Br J Ophthalmol.* 1998; 82: 1049-1055.