

CAPÍTULO

2.1

Clasificación y diagnóstico diferencial de los tumores palpebrales

Gorka Martínez Grau, Juan Carlos Sánchez España, Francisco Zamorano Martín

INTRODUCCIÓN

Los tumores palpebrales más frecuentes son las lesiones benignas. Se estima que entre el 10% y el 20% de las lesiones palpebrales son malignas, y que el 10% del total de los cánceres cutáneos ocurren en los párpados (1). Debido a las diferentes estructuras que componen esta zona anatómica, los tumores malignos de los párpados pueden ser de muy diversas estirpes. Los carcinomas epiteliales son los más frecuentes, seguidos de los de células sebáceas y células de Merkel, y del melanoma (1,2). Los tumores palpebrales pueden ser clasificados en base a su histología y su presentación clínica. Para esta última se emplea la clasificación TNM (tumor, nodes, metastasis) (1,2,3).

CLASIFICACIÓN HISTOPATOLÓGICA DE LOS TUMORES PALPEBRALES

Los tumores palpebrales se pueden clasificar histológicamente según se presenta en la tabla 1 (1):

CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LOS TUMORES PALPEBRALES

Para la clasificación TNM (tablas 2, 3 y 4) de este tipo de tumores debe existir confirmación histológica. Se evalúa la categoría T mediante una exploración física y las categorías N y M suelen apoyarse en el empleo de pruebas de imagen complementarias. La estadificación describe el tamaño del tumor, la afectación de nódulos linfáticos y la existencia de diseminación a otras partes del cuerpo (1,3,4).

Bajo estos criterios se establece la estadificación de los tumores malignos de párpado (tabla 5) de la *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) (5) y la *International Union for Cancer Control* (UICC) (5,6).

Tabla 1. Clasificación histológica (1)

A. Tumores benignos de epidermis
A.a. Papiloma
A.b. Queratoacantoma
A.c. Queratosis seborreica
B. Tumores premalignos y malignos de la epidermis
B.a. Queratosis actínica
B.b. Carcinoma de células basales (fig. 1)
B.c. Carcinoma de células escamosas
C. Tumores glandulares y de anexos
C.a. Carcinoma de células sebáceas
C.b. Tumores de glándulas sudoríparas
C.b.i. Siringoma
C.b.ii. Carcinoma
C.c. Tumores de folículos pilosos
C.c.i. Tricoepitelioma
C.c.ii. Tricofolículo
C.c.iii. Triquilemoma
C.c.iv. Pilomatrixoma
D. Tumores melanocíticos
D.a. Nevus
D.b. Melanocitosis oculodérmica (nevus de Ota)
D.c. Lentigo maligno
D.d. Melanoma (fig. 2)
E. Tumores neurogénicos
E.a. Neurofibroma
E.b. Schwannoma
E.c. Tumor de células de Merkel (fig. 3)
F. Tumores vasculares
F.a. Hemangioma capilar
F.b. Variz palpebral
F.c. Linfangioma
F.d. Sarcoma de Kaposi
F.e. Angiosarcoma
G. Tumores linfoides
G.a. Linfoma
G.b. Plasmocitoma
H. Tumores xantomatosos
H.a. Xantelasma
H.b. Xantogranuloma (fig. 4)
I. Tumores metastásicos
J. Lesiones misceláneas
J.a. Quísticas
J.a.i. Quiste sebáceo
J.a.ii. Quiste dermoide
J.a.iii. Quiste de Moll
J.b. Pseudotumor palpebral
J.c. Amiloidosis

Tabla 2. Clasificación TNM (1)

Tumor primario (T)	Definición
T	No se puede evaluar el tumor primario
T0	Sin evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor ≤ 5 mm sin afectación de tarso ni de margen palpebral
T2a	Tumor > 5 mm y < 10 mm u otro tumor con invasión de tarso o de margen palpebral
T2b	Tumor > 10 mm y < 20 mm o tumor que involucra el grosor completo del párpado
T3a	Tumor > 20 mm o tumor con invasión de estructuras adyacentes al ojo o la órbita, o tumor con invasión perineural
T3b	Cirugía de enucleación, exenteración o de hueso para la escisión completa del tumor
T4	Tumor no resecable por invasión extensa a otras estructuras, como ojo, órbita, cerebro o cráneo

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS TUMORES PALPEBRALES

Existen ciertos signos de las lesiones palpebrales que pueden ser sugestivas de malignidad. Los signos con mayor especificidad para malignidad son la ulceración, madarosis e induración (fig. 1); pero también una leve irregularidad, las telangiectasias, los cambios de la arquitectura palpebral o de coloración pueden indicar malignidad (1,3).

Tabla 3. Clasificación TNM (1)

Ganglios linfáticos (N)	Definición
NX	Los ganglios linfáticos no pueden evaluarse
N0	Sin afectación de ganglios linfáticos
N1	Metástasis regional a ganglios linfáticos

Tabla 4. Clasificación TNM (1)

Metástasis a distancia (M)	Definición
M0	Sin metástasis a distancia
M1	Con metástasis a distancia

La biopsia cutánea supone el principal procedimiento diagnóstico de estas lesiones. Esta consiste en la extirpación parcial (biopsia incisional) o total (biopsias escisional) de la lesión para realizar su estudio anatomopatológico. La elección del tipo de biopsia está fundamentada en la zona del párpado afectada, el tamaño y la sospecha diagnóstica. La biopsia incisional consiste en la extirpación de una porción del tejido sospechoso de malignidad para su estudio; en cambio, la biopsia escisional busca la exéresis completa de la lesión. Esta puede realizarse con márgenes quirúrgicos de pial sana alrededor (de 3 a 5 mm) o mediante el estudio anatomopatológico durante la cirugía, bien intraoperatoria o con micrografía de Mohs (1,2).

Tabla 5. Estadificación de tumores malignos de párpados (5)

Estadio	TNM			Definición
0	Tis	N0	M0	Carcinoma in situ
IA	T1	N0	M0	Tumor ≤ 5 mm sin afectación de tarso ni de margen palpebral; sin invasión local o a distancia
IB	T2a	N0	M0	Tumor > 5 mm y < 10 mm u otro tumor con invasión de tarso o de margen palpebral; sin invasión local o a distancia
IC	T2b	N0	M0	Tumor > 10 mm y < 20 mm o tumor que involucra el grosor completo del párpado; sin invasión local o a distancia
II	T3a	N0	M0	Tumor > 20 mm o tumor con invasión de estructuras adyacentes al ojo o la órbita, o invasión perineural; sin invasión local o a distancia
IIIA	T3b	N0	M0	Cirugía de enucleación, exenteración o de hueso para la escisión completa del tumor; sin invasión local o a distancia
IIIB	Cualquier T	N1	M0	Invasión a ganglios linfáticos regionales, pero sin afectar a otras partes del cuerpo
IIIC	T4	Cualquier N	M0	Tumor no resecable por invasión extensa a otras estructuras como ojo, órbita, cerebro o cráneo
IV	Cualquier T	Cualquier N	M1	Metástasis a distancia



Fig. 1: Carcinoma basocelular ulcerado en párpado inferior izquierdo. Se observa una tumoración ulcerada de 12 x 10 mm con bordes perlados, con pérdida de pestañas y pérdida de la arquitectura palpebral.

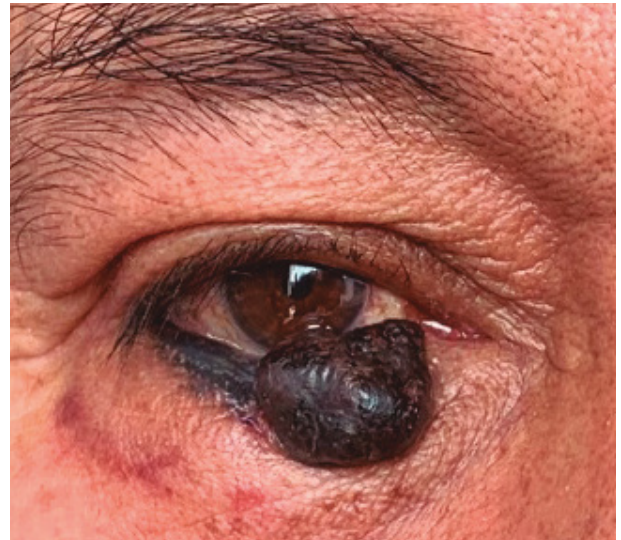


Fig. 2: Melanoma en párpado inferior derecho. Se aprecia una lesión sobreelevada de 15x10 mm con coloración irregular, pérdida de pestañas y alteración de la morfología palpebral.



Fig. 3: Carcinoma de células de Merkel en párpado superior derecho. Se muestra una lesión sobreelevada de 15 x 15 mm y color rojizo con pérdida de pestañas e importante ptosis mecánica.



Fig. 4: Xantogranuloma palpebral en párpado superior izquierdo. Se observa una tumoración generalizada del párpado superior de 35 x 25 mm con ligera coloración amarillenta y ptosis mecánica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Biswas A. Eyelid Tumors: clinical evaluation and reconstruction techniques (1st ed.). Springer. London: 2014, cap. 4, p. 29-31.
2. Cohen A., Burkat C. Oculofacial, Orbital and Lacrimal Surgery. A Compendium (1st ed.). Springer. Madison, Wisconsin: 2019, cap. 14, p. 129-141.
3. Alonso Alonso T, Martínez Grau G, Mascaró Zamora F. Actualización en el manejo de los tumores malignos de párpados. *Annals d'oftalmología*; 2017, p. 114-119.
4. Slutsky JB, Jones EC. Periocular cutaneous malignancies: a review of the literature. *Dermatol Surg*. 2012; 38: 552-69.
5. Edge SB, Compton CC. The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. *Ann Surg Oncol*. 2010 Jun; 17(6): 1471-4.
6. Black EH, Nesi FA, Calvano CJ, Gladstone GJ, Levine MR, editores. *Smith and Nesi's Ophthalmic plastic and reconstructive surgery*. 3rd ed. New York: Springer; 2012; p. 311-5.