

CAPÍTULO
2.12

Actitud y decisiones que tomar ante un tumor palpebral

Martin H. Devoto, Andrés Díaz Ricci, Cecilia Gasparini

Cuando nos encontramos frente a un tumor palpebral, resulta fundamental usar un algoritmo que nos permita descartar malignidad y el manejo correcto de dicha lesión. Para esto es de suma importancia saber reconocer las características que nos orientan a pensar que estamos ante una lesión de comportamiento maligno.

En primer lugar, debemos realizar una anamnesis completa que nos brinde información sobre antecedentes personales, médicos y sobre el comportamiento de la lesión en el tiempo. Para esto es importante conocer, tiempo de evolución, cambios en tamaño, color, forma, lesiones asociadas, etc.

Luego de realizar un examen oftalmológico completo estamos en condiciones de comenzar con el estudio específico de la lesión. Debemos tener siempre presentes las características que nos orientan hacia diagnóstico presuntivo de malignidad. Las principales son: ulceración, induración, consistencia duro-elástica, bordes irregulares, forma o color asimétrico, madarosis, bordes perlados, alteración de la arquitectura palpebral. No debemos olvidar evaluar si existe alteración de la sensibilidad, palpación de ganglios linfáticos en la región preauricular y examinar compromiso de la motilidad de la musculatura externa (que podemos y debemos complementar con una imagen de tomografía computarizada). Todos son signos de compromiso perineural, linfático y orbitario. En el caso de lesiones pigmentadas, donde debemos descartar Melanoma, además de las características ya mencionadas debemos examinar la altura de la lesión (Índice de Breslow). El espesor del tumor ha demostrado ser indicador de prognosis en los Melanomas Cutáneos (1). Nos permite predecir riesgos de metástasis locales, regionales o a distancia (2).

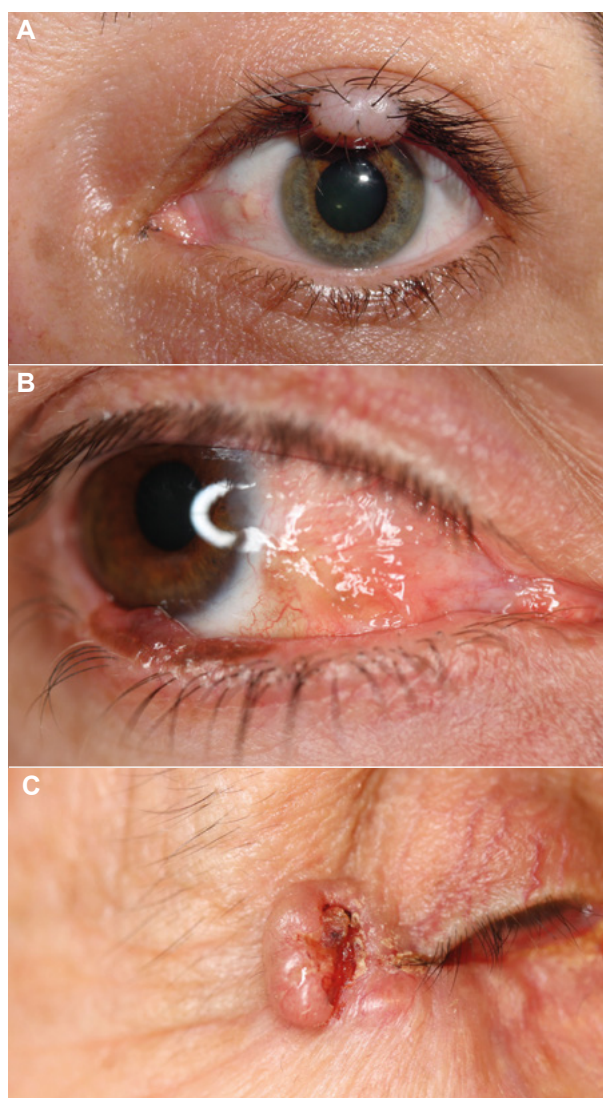


Fig. 1: **A.** Lesión pigmentada de aspecto benigno. Nótese los bordes regulares, no altera la arquitectura palpebral. **B.** Lesión de aspecto maligno. Presenta bordes irregulares, pigmentación no homogénea, asimétrica y alteración de la arquitectura palpebral. **C.** Lesión presuntamente maligna. Bordes perlados, ulceración central, telangiectasias).

Tabla 1. Principales características de una lesión maligna

- Ulceración
- Induración
- Consistencia duro-elástica
- Bordes irregulares
- Madarosis
- Bordes perlados
- Alteración de la arquitectura palpebral
- Forma irregular

El paso siguiente dentro del examen físico del paciente es la toma de fotografías.

El registro fotográfico debe ser considerado parte fundamental y necesaria en la evolución de nuestros pacientes. Nos permite no solo tener registro de la lesión sino también seguir su evolución en el tiempo. Para los pacientes también reviste de utilidad, ya que el compartir la imagen y hacerlos partícipes de su evaluación resulta más fácil que comprendan la patología y su manejo.

Es indispensable que las mismas sean de «Buena Calidad». Y, ¿En qué consiste una fotografía de buena calidad? Básicamente deben ser estandarizadas, es decir, todas deben ser iguales y con buena resolución para que puedan ser comparables (fig. 2).

Por último, los estudios complementarios, indicados según la sospecha etiológica, nos permitirán completar su estudio.

Una vez terminada la evaluación debemos preguntarnos, ¿Estamos frente a un tumor benigno o maligno?. Si se trata de un tumor benigno su manejo será el indicado según patología. De caso contrario, si la sospecha es de malignidad debemos tener en mente que lo más probable es que se trate de un carcinoma basocelular ya que representan entre el 90 y 95% de los tumores malignos palpebrales (3). Luego le sigue en frecuencia el Carcinoma Escamocelular con una incidencia aproximada del 9% y por último se encuentran el Melanoma y el Carcinoma Sebáceo, que si bien son extremadamente raros presentan una alta tasa de mortalidad y morbilidad.

La única manera de poder saber ante cual de estos tumores nos encontramos, más allá de sus características externas que puedan orientarnos, es con el diagnóstico histopatológico. Esto lo lograremos a través de una biopsia incisional. Ya con

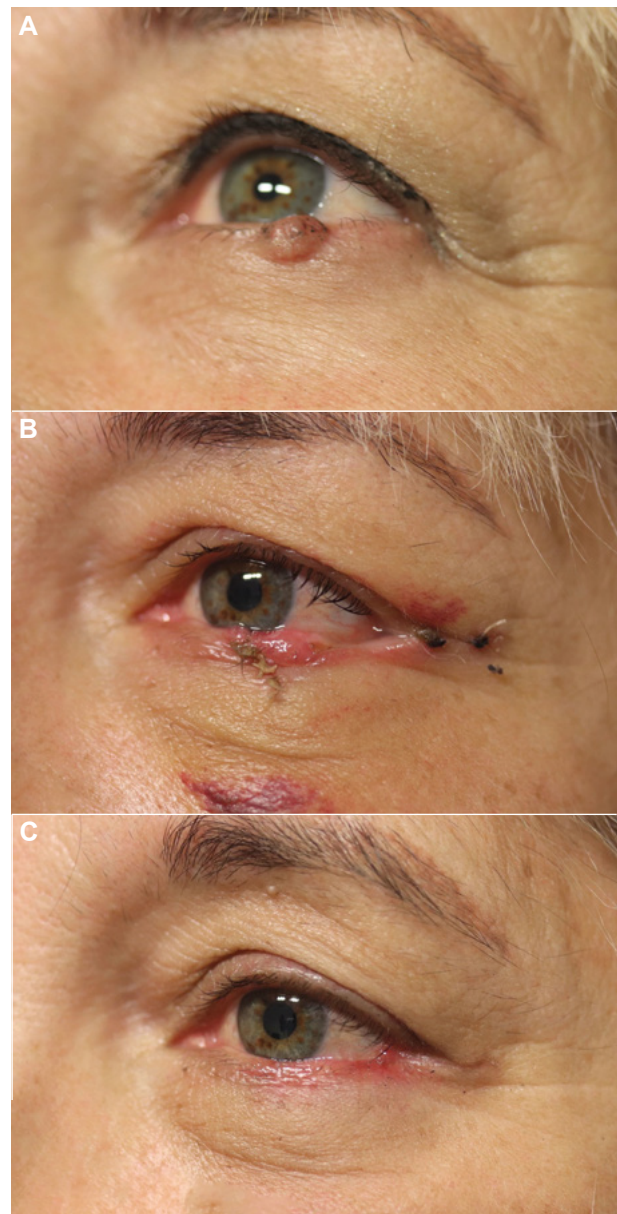


Fig. 2: Ejemplo de imágenes de buena calidad para el registro fotográfico) **A.** Lesión nodular compatible con Carcinoma Basocelular. **B.** Primera semana post operatoria de Cirugía de Mohs y reconstrucción. **C.** Control 3 meses post reconstrucción.

el diagnóstico definitivo con su subtipo histológico podemos avanzar con el tratamiento.

¿Debemos siempre biopsiar toda lesión palpebral por más que no presente ningún signo de malignidad? Kersten en 1997 publica un artículo en donde demuestra que la correlación clínica con el diagnóstico histopatológico no es del 100% por lo que aconseja que siempre realicemos diagnóstico histopatológico de todas las lesiones que extirpemos (4).

El manejo del tumor dependerá de su patología. Los dos tratamientos recomendados para el manejo de Carcinoma Basocelular, Escamocelular y Sebáceo son la Cirugía Micrográfica de Mohs y la Cirugía Escisional con bordes y congelación. En el caso del Carcinoma Sebáceo debemos sumarle un mapeo conjuntival (biopsia). Ambas técnicas quirúrgicas demostraron alta tasa de curación, con un porcentaje de recurrencia del 1% para el Carcinoma Basocelular y del 1,9% para el Escamocelular (5). Una tasa de recurrencia mayor puede ser un valor aceptable para algunas partes del cuerpo, pero puede ser muy alto para una lesión a nivel palpebral, ya que las probabilidades de infiltración orbitaria y cerebral son mayores y además porque contamos con menor tejido para posteriores reconstrucciones.

En este sentido la Cirugía Micrográfica de Mohs reviste un gran beneficio ya que no solo es altamente curativa sino que también permite el ahorro máximo de tejido, al quitar solo las zonas con evidencia de tumor (5).

¿Qué pasa si la técnica de Mohs o la cirugía escisional con bordes de seguridad y congelación no son una opción viable? En este caso no tendremos más alternativa que realizar una Cirugía escisional con márgenes ampliados y anatomía patológica diferida. Esto trae aparejado mayor probabilidad de reintervenciones con ampliación de márgenes hasta obtener bordes libres de enfermedad.



Fig. 3: Ejemplo de carcinoma basocelular irreseccable.

Si el tumor corresponde a un Melanoma el manejo es distinto. Debido a que se trata de un tumor de muy baja incidencia (representan menos del 1% de los Melanomas Cutáneos), existe poca evidencia en cuanto a su manejo. Múltiples publicaciones coinciden que la mejor manera de abordarlos es con una Cirugía Escisional con 5 mm de margen de seguridad (2).

En casos de Carcinoma Basocelular, donde el tumor sea irreseccable o el paciente rechace la cirugía, la inmunoterapia con fármacos biológicos han demostrado una tasa de respuesta aproximada del 87% y es el tratamiento de elección (fig. 3)(6).

MENSAJES CLAVE A RECORDAR

- Tener un algoritmo de manejo ante tumores palpebrales.
- Recordar las características de malignidad.
- Tumor maligno palpebral mas frecuente: Carcinoma Basocelular. Ante la sospecha: Biopsia. 2 tecnicas quirúrgicas mas recomendadas: cirugía micrográfica de Mohs y la cirugía escisional con bordes y congelación.

BIBLIOGRAFIA

1. Dan P. Tahery, M., Robert Goldberg, MD, and Ronald L. Moy, MD. (1992). «Malignant melanoma of the eyelid». *Journal of the American Academy of Dermatology* 27: 17-21
2. Esmaeli, B., et al. (2003). «Margins of excision for cutaneous melanoma of the eyelid skin: the Collaborative Eyelid Skin Melanoma Group Report». *Ophthalmic Plast Reconstr Surg* 19(2): 96-101.
3. Bernardini, F. P. (2006). «Management of malignant and benign eyelid lesions». *Curr Opin Ophthalmol* 17: 480-484.
4. Kersten, R. C., et al. (1997). «Accuracy of Clinical Diagnosis of Cutaneous Eyelid Lesions». *Ophthalmology* 104(3): 479-484.
5. Briggs E. Cook, J., MD, George B. Bartley, MD (2001). «Treatment Options and Future Prospects for the Management of Eyelid Malignancies». *Ophthalmology* 108: 2088-2098.
6. Gonzalez, A. R., et al. (2019). «Neoadjuvant Vismodegib and Mohs Micrographic Surgery for Locally Advanced Periocular Basal Cell Carcinoma». *Ophthalmic Plast Reconstr Surg* 35(1): 56-61.