

**Hospital Provincial General Docente
"Dr. Antonio Luaces Iraola"
Facultad De Ciencias Médicas
"Dr. José Assef Yara"
Ciego de Ávila**

TÍTULO: Comportamiento clínico - epidemiológico de tumores de párpados y conjuntiva en la consulta de Oculoplastia.

**AUTORA: Dra. Loida Gutiérrez Marrero.
Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.
Residente de Oftalmología.**

**TUTOR: Dr. George Ramón de la Calle Pérez.
Profesor instructor.
Especialista de Primer Grado en Oftalmología.**

TRABAJO PARA OPTAR POR EL TITULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN OFTALMOLOGÍA.

*Ciego de Ávila.
2010*

Pensamiento





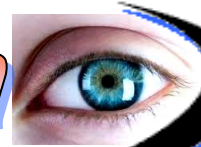
PENSAMIENTO

La salud, la paz, y el desarrollo son un bien común de la sociedad y el mejor tesoro de la humanidad.

G. Piedrola.



Dedicatoria



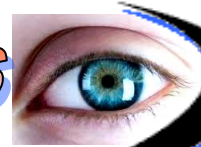


DEDICATORIA

- A mi esposo por su constante apoyo, cooperación y amor.
- A mis hijos que con su cariño me impulsan día a día a seguir adelante.
- A mis padres que con sacrificio y amor son los responsables de que halla podido cumplir mis sueños.



Agradecimientos





AGRADECIMIENTOS

- A mi familia por el cariño y devoción que siempre me han dedicado.
- A las doctoras Beatriz Landrián y Marbelis Meneses que con sus conocimientos y experiencias me han guiado en la realización de este trabajo.
- A todos mis profesores que de una forma u otra contribuyeron a mi formación como especialista.
- A todos.

Muchas gracias.



Resumen

The word "Resumen" is written in a stylized, italicized font with a blue-to-orange gradient and a blue outline. It is positioned above a thick, black, curved swoosh that has a blue border. On the right side of the swoosh, there is a close-up photograph of a human eye with a green iris, looking slightly to the left.



RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo donde se determinó el comportamiento clínico - epidemiológico de los tumores de párpados y conjuntiva en el Hospital Provincial General Docente: "Dr. Antonio Luaces Iraola" de la provincia Ciego de Ávila, en el período comprendido desde octubre de 2008 a septiembre de 2009.

El universo de trabajo lo conformaron los pacientes que asistieron a la consulta de Oculoplastia en el período antes mencionado, a los cuales se les diagnosticó lesión tumoral de párpados o conjuntiva. La muestra la constituyeron los casos tratados con cirugía. Se observó en cuanto al sexo, ligero predominio del femenino, casi la mitad de los casos se encontraban entre 40 y 59 años; prevaleció el color de la piel blanca; la mayoría presentaban antecedentes de exposición prolongada al sol. La localización más frecuente de los tumores fue en el párpado superior y en la conjuntiva bulbar. El tumor benigno palpebral representó casi la mitad de la muestra, donde predominó la lesión quística y en la conjuntiva, el papiloma y la inflamación granulomatosa.

De los tumores malignos, el carcinoma de células basales de los párpados fue el más frecuente; seguido del carcinoma de conjuntiva. A más de la mitad de la muestra se les realizó estudio por biopsia y se confirmó el diagnóstico clínico en casi la totalidad de los casos.

Palabras clave: TUMORES DE PÁRPADOS Y CONJUNTIVA / benignos / MALIGNOS / tumor / CLÍNICA / epidemiología.

.



Índice

The word 'Índice' is written in a stylized, italicized font with a blue-to-orange gradient and a drop shadow. It is positioned above a thick, black, curved swoosh that has a blue outline. On the right side of the swoosh, there is a close-up image of a human eye with a green iris.

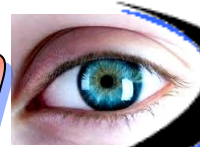


ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	6
MARCO TEÓRICO	7
MATERIAL Y MÉTODO	14
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	19
CONCLUSIONES	26
RECOMENDACIONES	27
BIBLIOGRAFÍA	28
ANEXOS	



Introducción





INTRODUCCIÓN

En los últimos 50 años, se han experimentado cambios demográficos y epidemiológicos en los países de América Latina y el Caribe que provocan un aumento de las enfermedades no transmisibles, como el cáncer (1).

En la actualidad el cáncer representa una problemática de salud en todos los países del mundo y causa más morbilidad y mortalidad que cualquier otra enfermedad, constituyendo la segunda causa de muerte en Cuba y en muchos otros países (2, 3).

Los anexos oculares, por su posición anatómica, están expuestos a factores carcinogénicos con mayor intensidad que otros órganos, debido a la diversidad de tejidos que estos presentan los tumores de estas estructuras tienen una amplia variedad etiológica (4, 5).

Si bien el diagnóstico dada su visibilidad puede ser temprano, los fenómenos socioculturales hacen que muchos pacientes lleguen tardíamente a la consulta, retrasando el tratamiento y las posibilidades de curación (2).

Existen diversas clasificaciones de los tumores de párpados y conjuntiva, una de las más usadas es la que los clasifica según su potencial de malignidad en benignos y malignos (6, 7).

Para los párpados son considerados:

a) Tumores benignos

- Papiloma.
- Nevus.
- Xantelasma.
- Hemangioma.
- Mollusco contagioso.
- Quistes.
- Queratoacantoma.



-Queratosis.

b) Tumores malignos

-Carcinoma de células basales.

-Carcinoma de células escamosas.

-Carcinoma de glándulas sebáceas.

-Carcinoma en relación con una xerodermia pigmentaria.

-Sarcoma.

-Melanoma maligno.

Para la conjuntiva se consideran:

a) Tumores benignos.

-Nevus de conjuntiva.

-Inflamación granulomatosa.

-Papiloma.

-Tumor dermoide.

-Dermolipoma.

-Linfoma e hiperplasia linfoide.

-Angioma.

-Quistes.

-Displasia.

b) Tumores malignos

-Carcinoma.

-Melanoma maligno.

-Linfosarcoma



Existen otras clasificaciones, dentro de ellas una de las más usadas es la que los divide según su tejido de origen (8, 9).

En la gran mayoría de los casos, la diferenciación entre un tumor benigno y uno maligno puede hacerse morfológicamente con considerable seguridad; aunque a veces, una neoplasia se resiste a su clasificación. Ciertos rasgos anatómicos pueden hacer sospechar benignidad, al tiempo que otros señalan un potencial canceroso. En última instancia, todo diagnóstico morfológico es subjetivo y constituye una predicción del curso futuro de una neoplasia. En ocasiones esta predicción queda en duda por una marcada discrepancia entre el aspecto morfológico de un tumor y su comportamiento biológico; sin embargo, esto no constituye la regla (1,2).

En general, hay criterios mediante los cuales se pueden distinguir los tumores benignos y malignos y se comportan con arreglo a esa diferenciación. Se encuentran que los tumores benignos, son bien diferenciados, la estructura puede ser típica del tejido de origen, su índice de crecimiento por lo general es lento y progresivo, puede detenerse o invertirse, las figuras mitóticas son infrecuentes y normales; por lo general son encapsulados, producen expansión de los tejidos vecinos, no desarrollan metástasis y tiene aspecto compacto (2,10).

Los tumores malignos presentan cierta falta de diferenciación con anaplasia, la estructura es a menudo atípica; su crecimiento puede ser lento o rápido, las figuras mitóticas suelen ser numerosas y anormales; no presentan cápsulas y son invasivos. Por lo general son infiltrantes aunque pueden tener aspecto compacto expansivo y pueden presentar metástasis. Cuanto mayor y más indiferenciado sea el tumor primario, más probable es que haya metástasis (1, 2,10).

La incidencia de estos tumores varía en diferentes regiones del planeta. Estas variaciones están en relación con la raza, edad, y factores ambientales, tales como la exposición a radiaciones ultra violeta que constituyen factores de riesgo importantes para la aparición de la enfermedad (4, 5).

La mayoría de las lesiones tumorales aumentan su incidencia con la edad, sobre todo si existe el antecedente de una exposición prolongada al sol aunque en algunos



casos como el tumor dermoide, el nevus de la unión y el hemangioma aparecen en etapas tempranas e incluso pueden estar presentes al nacer . En cuanto al sexo guarda relación con la labor que realiza, siendo más afectados los hombres quienes tradicionalmente realizan labores al aire libre (constructores, pescadores y agricultores), y se exponen más a los rayos del sol. Las radiaciones ultravioletas constituyen un factor de riesgo importante, por lo que la incidencia de tumores aumenta en regiones tropicales .Existen otros factores de riesgo, para los tumores de párpado debemos tener en cuenta los antecedentes de cáncer de piel, la terapia con radiaciones y el mal hábito de fumar que también es un factor de riesgo para las lesiones de conjuntiva. La infección por el virus del papiloma humano, la infección por VIH, y el antecedente de tratamiento con radioterapia e inmunosupresores también se relacionan con la aparición de tumores de conjuntiva (9, 11, 12).

Los tumores de anexos oculares usualmente se presentan como una masa visible que limita la visión o desplaza el globo ocular en mayor o menor grado. Estas características son comunes tanto a los benignos como a los malignos. Un diagnóstico tardío puede significar dificultades terapéuticas y conllevar a una posible pérdida de la visión; es por ello que el estudio histológico juega un papel determinante en el diagnóstico definitivo (4, 8, 12).

Desde el punto de vista clínico las lesiones neoplásicas y pseudo neoplásicas de párpados y conjuntiva son confundibles, por lo que se hace necesario realizar un examen anatomopatológico para el diagnóstico y tratamiento correcto. Si se sospecha malignidad la lesión debe ser extirpada con un margen oncológico apropiado. Si el tumor es grande y existen dudas podemos auxiliarnos de un CAAF que no es más que la biopsia o citología por aspiración con aguja fina; de un ponche o de una biopsia incisional, aunque también podemos realizar la biopsia exerética (5, 8, 13).

Los tumores benignos y malignos de anexos oculares presentan similares signos clínicos, lo que constituye un reto a la hora de realizar el diagnóstico, sobre todo en estadios iniciales (14).



Los tumores benignos de párpados usualmente son asintomáticos a menos que se sitúen en el borde libre palpebral o en la unión muco cutánea por lo que su exéresis se practica con motivos cosméticos en la mayoría de los casos (5).

En el caso de la conjuntiva la sintomatología puede ser más florida, en general los síntomas más frecuentes para ambas localizaciones son congestión ocular, lagrimeo, ardor y una masa visible en la superficie ocular. La localización más frecuente para las lesiones de párpados, es el párpado superior y para las de conjuntiva, la conjuntiva bulbar (14).

En un gran porcentaje de los casos existen tumores que permanecen estáticos por largos períodos de tiempo, sin presentar cambios en su sintomatología clínica, pero en un determinado momento, brusca o lentamente, inician el cambio de sus características, por lo cual el paciente acude al servicio médico (8).

El manejo de los tumores de párpados y conjuntiva requiere de un conocimiento básico, de la experiencia en el reconocimiento de los diferentes tipos de lesiones y la aplicación del tratamiento fundamental. El verdadero desafío reside en comprender la naturaleza de las lesiones que no muestran signos evidentes de malignidad, pero son capaces de crear trastornos en el futuro. Lo ideal es estudiar al paciente con un equipo multidisciplinario integrado por dermatólogos, oncólogos, cirujanos plásticos y oftalmólogos (2).

Los tumores de párpados y conjuntiva constituyen una problemática por su frecuencia y repercusión en la salud, lo que motivó a realizar esta investigación para determinar el comportamiento clínico epidemiológico de estos tumores en el Hospital Provincial General Docente: “Dr. Antonio Luaces Iraola”.



Objetivos





OBJETIVOS

General:

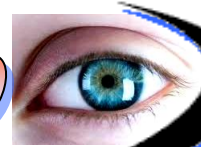
Describir el comportamiento clínico - epidemiológico de los tumores de párpados y conjuntiva en la consulta de Oculoplastia del servicio de Oftalmología del Hospital Provincial General Docente de Ciego de Ávila en el período de octubre de 2008 a septiembre de 2009.

Específicos:

1. Distribuir los pacientes en estudio de acuerdo a:
 - Edad
 - Sexo
 - Color de la piel
 - Antecedentes de exposición prolongada al sol
2. Determinar la localización anatómica de la lesión tumoral.
3. Caracterizar las lesiones tumorales en benignas y malignas, según diagnóstico clínico en:
 - Párpados
 - Conjuntiva
4. Identificar los casos en que se confirmó el diagnóstico clínico inicial.



Marco Teórico





MARCO TEÓRICO

La oftalmología, es de todas las ramas de la medicina, la que cuenta con los antecedentes más remotos, los que han sido transmitidos oralmente y por medio de antiguos escritores. Ha estado vinculada a la medicina mitológica e incluso a la medicina primitiva empírica, en la que se desenvolvía la vida de los primeros pueblos (15).

Las enfermedades malignas han existido desde la misma prehistoria, como ha podido observarse en restos fósiles de animales que vivieron 200 millones de años atrás, en momias procedentes de 1500 - 3000 años ANE, e incluso en jeroglíficos y manuscritos, desde los papiros egipcios hasta el momento actual. Hipócrates hizo descripciones precisas de muchos tipos de cáncer y describió la semejanza de algunos de éstos con la carne de pescado. Otros médicos de la edad antigua, incluyendo a Galeno y Celso, realizaron operaciones quirúrgicas para la extirpación de tumores cancerosos. Los orígenes del término cáncer son un tanto inciertos, deriva probablemente de la palabra latina cangrejo, seguramente debido a que el cáncer se adhiere de manera obstinada a modo de un "cangrejo" (16).

Bajo el nombre genérico de "cáncer" se agrupan varios centenares de enfermedades cuya característica común es la proliferación celular exagerada, anárquica e irreversible, con tendencia a crecer y a persistir indefinidamente, con pérdida de la relación núcleo - citoplasma y con alteraciones de la forma y función celular capaces de producir lesiones a distancia (2). El globo ocular y sus anexos no quedan exentos de este padecimiento.

La importancia de los tumores oculares radica en los siguientes hechos:

- Ponen en peligro la vida del paciente.
- Pueden provocar alteraciones funcionales irreversibles.
- El diagnóstico precoz es fundamental permitiendo su tratamiento con secuelas mínimas.



- En ciertas localizaciones, como párpados y conjuntiva, son patologías muy frecuentes.

Según su localización se pueden dividir en:

- Tumores externos: de párpados y conjuntiva.
- Tumores Intraoculares (17).

Los tumores externos son frecuentemente encontrados en la práctica médica, presentando las características siguientes:

Papiloma: Lesión benigna más frecuente de los párpados, pero también se puede encontrar en la conjuntiva. Puede ser sésil o pedunculado, su superficie es irregular y costrosa. Pueden ser múltiples si su origen es viral (6, 8, 9,18).

Xantelasma: Son placas amarillentas subcutáneas que se suelen localizar en las zonas mediales de los párpados, generalmente bilaterales, de forma alargada, que con frecuencia aparecen en personas mayores o en jóvenes con dislipemia (9).

Hemangiomas: Suelen afectar los párpados, la conjuntiva o la órbita, o una combinación de varias localizaciones. Generalmente son angiomas capilares que están presentes en el momento del nacimiento o en los primeros meses de la vida como una lesión rojiza y aplanada, que en el párpado superior puede producir una ptosis mecánica. Es uno de los tumores más frecuentes de la infancia. Regresan espontáneamente en los primeros años de vida. Su localización conjuntival es poco frecuente (7).

Nevus: Son tumores benignos que pueden encontrarse en los párpados o la conjuntiva, muy frecuentes, que aumentan su tamaño y se oscurecen con la edad. Los que se localizan en los párpados tienen la misma estructura que los nevus de la piel y su aspecto y clasificación dependen de su localización en el interior de ésta. Los de conjuntiva aparecen como una lesión bien delimitada, generalmente unilateral, que crece y se pigmenta durante la pubertad y posteriormente se estabiliza. Su localización más frecuente es en la conjuntiva yuxtalímbica, seguida de



los pliegues y la carúncula. Las modificaciones en la vida adulta se consideran signos de posible malignización (8,19, 20).

Mollusco Contagioso: Infección cutánea producida por un poxvirus que afecta típicamente a niños sanos. Aparece como un nódulo céreo, umbilicado y pálido. Los pacientes con inmunodeficiencias pueden tener lesiones atípicas múltiples y confluentes que son más resistentes al tratamiento que en las personas sanas. Las opciones de tratamiento incluyen resección de la lesión, drenaje, cauterización, crioterapia o láser (2, 21).

Queratoacantoma: Es una variante de hiperplasia pseudocarcinomatosa que se menciona aparte por sus características clínicas particulares. Recientemente se ha sugerido que se trata de un carcinoma de células escamosas de baja malignidad, por lo que podría ser reclasificado en el futuro. Es una lesión de crecimiento rápido por hasta 2 meses, que después puede experimentar regresión espontánea. Clínicamente simula un carcinoma basocelular nódulo ulcerativo. Aparece en adultos de mediana edad y ancianos (9, 17, 21).

Carcinoma de células basales o basocelular: Es el más frecuente de los cánceres humanos y constituye el tumor maligno más frecuente de los párpados, su exéresis completa, muchas veces afecta la función de éstos. Suele afectar a ancianos y como factores de riesgo podemos citar, la piel clara, la incapacidad para ponerse moreno y la exposición crónica al sol (3, 22, 23).

Constituye el 90% de los tumores malignos del párpado, generalmente se origina en el párpado inferior, es de crecimiento, localmente invasivo y no metastásico. Los tumores localizados en el canto medial son más difíciles de tratar y más propensos a recaer. Los que reaparecen después de un tratamiento incompleto son más agresivos (23-27).

Carcinoma de células escamosas o espinocelular: Es menos frecuente, pero más agresivo que el basocelular. Afecta a ancianos de piel clara. Los pacientes inmunocomprometidos, con SIDA o con trasplante renal tienen mayor riesgo. Existe una fuerte relación entre la aparición del tumor y las radiaciones ultravioletas y se



asocia a la presencia del virus del papiloma humano. Puede aparecer en cualquier zona del párpado, pero un tumor de párpado superior y canto externo es más probable que sea un carcinoma escamoso. Suelen presentarse como placas induradas pobremente demarcadas que se pueden ulcerar. Las metástasis son raras. Suele surgir sobre una queratosis actínica o un carcinoma in situ. La extirpación por biopsia de la lesión es habitualmente curativa (9, 28, 29).

Carcinoma de glándulas sebáceas: Es un tumor específico de los párpados que puede originarse en las glándulas sebáceas de Meibomio y de Zeiss. Aparece con mayor frecuencia en ancianos, mujeres, en raza asiática. Se localiza con mayor frecuencia en el párpado superior. Puede aparecer enmascarado como un chalazion recidivante o una blefaroconjuntivitis unilateral resistente a tratamiento, lo que hace que se diagnostique tardíamente. El tumor es muy agresivo con extensión local, linfática y hematógena. Es frecuente la recurrencia local. Existen dos tipos clínicos, nodulares y diseminados. El diagnóstico precoz y la extirpación total mejora el pronóstico (15, 17, 24).

Carcinoma en relación con una xerodermia pigmentaria: Es una enfermedad rara, se caracteriza por la aparición de un número grande de pecas en las zonas expuestas al sol seguida de telangetasia, placas atróficas y al final un crecimiento verrugoso que puede sufrir degeneración carcinomatosa. Se hereda con un carácter autosómico recesivo y puede ser mortal hacia la adolescencia como resultado de las metástasis. La supervivencia se puede prolongar con la protección de la piel de los rayos ultravioletas y la extirpación de los tumores carcinomatosos en cuanto aparezcan (18, 30, 31).

Sarcoma: Los sarcomas de tejidos blandos de la órbita son raros y suelen ser extensiones anteriores de tumores orbitarios, los rabdomiosarcomas que afectan los párpados y la órbita, son los tumores malignos más usuales que se encuentran en estos tejidos en la primera década de la vida. El tumor palpebral puede ser el primer signo (18).



Melanoma maligno: Puede aparecer en párpados y conjuntiva, es un tumor raro, potencialmente letal, con una incidencia estimada de 0,2 a 0,5 casos por millar de habitantes por año en poblaciones caucásicas. Representa el 1 ó 2 % de los tumores malignos oculares, aunque se ha implicado las radiaciones ultravioletas como agente causal su etiología continúa siendo desconocida. Afecta a pacientes adultos o ancianos de raza blanca y no tiene predilección por el género. La localización más común es el limbo y conjuntiva bulbar. Logra extenderse a la órbita. Puede desarrollarse a partir de una melanosis primaria adquirida, de un nevus o de un área de tejido normal en los párpados o la conjuntiva (19, 20, 24, 30).

Granuloma piógeno de conjuntiva: Clínicamente se presenta como una lesión pedunculada, de aspecto papilomatoso y color sonrosado, que se desarrolla después de un trauma quirúrgico o accidental o un proceso inflamatorio local. Histológicamente consiste en tejido de granulación y su tratamiento consiste en la biopsia escisional (31, 32).

Linfoma e hiperplasia linfoide: Los linfomas del ojo y los anexos oculares son raros y comprenden un espectro que abarca desde la hiperplasia reactiva linfoide al linfoma maligno. Los localizados en conjuntiva suponen entre el 20 y 30 % de los tumores linfoides del ojo y sus anexos. Clínicamente tienen color salmón y suelen ser lesiones subconjuntivales planas de superficie lisa. Es imposible diferenciarlos de la hiperplasia reactiva linfoide, por lo que en todos los casos hay que realizar biopsia. Si se confirma el diagnóstico de una lesión maligna se realiza una exploración sistémica para excluir la presencia de enfermedad sistémica (30, 31).

Tumor dermoide: Es un tumor congénito benigno, habitualmente localizado en el cuadrante infero temporal del limbo, que puede afectar la córnea. Son lesiones blancas, sólidas y bien circunscritas, elevadas, que pueden tener pelos en la superficie y aumentan de tamaño en la pubertad (17, 31, 32).

Queratosis actínica: También se le conoce con los nombres de queratosis senil o solar. Es una lesión premaligna que se presenta con más frecuencia en individuos caucásicos que han estado expuestos a las radiaciones solares en forma excesiva.



Se caracteriza por múltiples placas sésiles, excoriadas y eritematosas en áreas expuestas de la piel. La queratosis actínica puede dar origen a un carcinoma de células escamosas de bajo grado y buen pronóstico (17, 24, 31).

Queratosis seborreica: También conocida como papiloma de células basales o verruga seborreica, es una lesión cutánea benigna que ocurre frecuentemente en individuos ancianos. Es una lesión pequeña, móvil, ligeramente elevada, de color bronceado o café y superficie de aspecto grasoso. El tratamiento consiste en observación o resección por razones cosméticas (24, 31).

Quistes: Pueden encontrarse tanto en los párpados como la conjuntiva, los más frecuentes son los quistes sebáceos, que se ubican en los párpados, en áreas donde hay abundantes folículos pilosos. Son lesiones subcutáneas lentamente progresivas, de color amarillento y lisas, con una umbilicación en el centro. Ocasionalmente se rompen produciendo una respuesta inflamatoria. Histopatológicamente son quistes de retención sebácea. El quiste epidérmico es un tumor subcutáneo, de consistencia firme, liso y de crecimiento lento. Puede ser congénito, espontáneo o secundario a trauma o cirugía. Histopatológicamente es un epitelio queratinizado que va produciendo queratina. Se cree que se debe a siembra de células epidérmicas en la dermis, donde proliferan y forman queratina (31).

De las neoplasias malignas de los párpados la más frecuente es el carcinoma basocelular, el cual ha sido considerado por diversos autores como el más frecuente de los cánceres humanos. La primera descripción de este tumor fue hecha por Jacob, en 1807, y fue inicialmente conocido como: "Úlcera de Jacob". En 1894 Unna señaló el papel de la luz solar como agente carcinogénico de la piel. En 1903 Krompecher introdujo el término: epitelioma de células basales, basado en su similitud con las células de la capa basal epidérmica. Entre 1947 y 1993 Lever, Miescher, Montgomery, Pinkus y Foot indicaron que el carcinoma de células basales era un carcinoma derivado de los primordios distorsionados de los anexos dérmicos, y no de las células basales epidérmicas (1, 14, 15).

Las lesiones malignas se clasifican acorde a la célula de origen. Siendo el carcinoma



basocelular el más frecuente, el carcinoma epidermoide es menos común pero más agresivo que el baso celular y se asocia a exposición actínica. El carcinoma de glándulas sebáceas es un tumor altamente maligno y potencialmente letal; y el melanoma cutáneo es el más infrecuente representando menos del 1% de los tumores de párpados, siendo siempre de comportamiento impredecible y potencialmente letal (2, 33, 34).

Los procesos neoformativos cutáneos en su conjunto ocupan en nuestro país el segundo lugar en la tasa general de cáncer, con una tasa anual de 16,8 por cada 100 000 habitantes, dichas cifras no reflejan su real incidencia, ya que algunas lesiones se diagnostican y se tratan con citostáticos tópicos, electro fulguración y radioterapia superficial, sin la realización de una biopsia para el estudio histológico de la muestra, que es la única prueba diagnóstica confirmativa de cáncer en los párpados o la conjuntiva, por lo que no son reportados ni pasan al Registro Nacional de Cáncer (1).



Material y Método





MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo en pacientes operados de tumores de párpados y conjuntiva por el servicio de Oculoplastia del Hospital Provincial General Docente: "Dr. Antonio Luaces Iraola" de la provincia Ciego de Ávila, en el período comprendido de octubre de 2008 a septiembre de 2009, para describir el comportamiento clínico - epidemiológico de los tumores de párpados y conjuntiva.

El universo de trabajo lo conformaron 195 pacientes que asistieron a la consulta de Oculoplastia, a los cuales se le diagnosticó lesión tumoral de párpados o conjuntiva durante el período establecido. La muestra la conformaron 99 pacientes que fueron tratados quirúrgicamente, los cuales estuvieron de acuerdo a formar parte de este estudio, firmando así el consentimiento informado (Anexo I), seguidamente se les realizó un interrogatorio y un examen físico ocular completo que incluyó una biomicroscopía en lámpara de hendidura donde se examinan los anexos oculares, el segmento anterior y los medios, y un fondo de ojo para el examen del segmento posterior con el oftalmoscopio directo, llegando a un diagnóstico clínico mediante el interrogatorio y la observación. Los resultados fueron plasmados en la Planilla de Recolección del Dato Primario (Anexo II). Una vez operado el paciente se tomó una muestra de tejido que fue estudiada por el Departamento de Anatomía Patológica, posteriormente se compararon los resultados con el diagnóstico clínico inicial para corroborar o descartar el diagnóstico inicial.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que acudieron a la consulta de Oculoplastia en el período establecido con diagnóstico de tumoración de párpados o conjuntiva, a los que se le realizó tratamiento quirúrgico.
- Pacientes que dieron su consentimiento de participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no estuvieron de acuerdo a participar en la investigación.



Operacionalización de las variables:

Edad: Expresada en años cumplidos.

Grupo de edades:

- Menor de 15 años.
- 16 – 39 años.
- 40 – 59 años.
- 60 años y más.

Sexo: Según sexo biológico de pertenencia.

- Femenino.
- Masculino.

Color de la piel:

- Blanco: color de la piel blanco.
- No blanco: color de la piel negra, o mestizo (mezcla racial).

Antecedentes de exposición a las radiaciones solares por largos períodos :

- Sí: Cuando el paciente se expone a las radiaciones más de 4 horas diarias.
- No: Cuando el paciente se expone a las radiaciones solares menos de 4 horas diarias.

Localización anatómica: Se refiera a la localización del tumor.

En los párpados:

- Párpado superior.
- Párpado inferior.
- Cantos.

En la conjuntiva:



- Conjuntiva bulbar.
- Conjuntiva tarsal.
- Conjuntiva de fondo de saco.

Diagnóstico clínico: Se abordará según el diagnóstico presuntivo de la lesión por las características clínicas o morfológicas del tumor. Se analizará según los siguientes criterios:

Diagnóstico de las lesiones de párpados

a) Tumores benignos:

- Papiloma.
- Nevus.
- Xantelasma.
- Hemangioma.
- Mollusco contagio.
- Quistes.
- Queratoacantoma.
- Queratosis.

b) Tumores malignos:

- Carcinoma de células basales.
- Carcinoma de células escamosas.
- Carcinoma de glándulas sebáceas.
- Carcinoma en relación con una xerodermia pigmentaria.
- Sarcoma.
- Melanoma maligno.

Diagnóstico de las lesiones de conjuntiva:



a) Tumores benignos:

- Nevus de conjuntiva.
- Papiloma.
- Inflamación granulomatosa.
- Tumor dermoide.
- Dermolipoma.
- Linfoma e hiperplasia linfoide.
- Angioma.
- Quistes.

b) Tumores malignos:

- Carcinoma.
- Melanoma maligno.
- Linfosarcoma.

Diagnóstico anatomopatológico (histológico): Se refiere al estudio histopatológico de una muestra de la lesión tumoral. Luego de realizado el estudio histológico se confirmó o no su coincidencia con el diagnóstico clínico realizado previamente al tumor en consulta.

Aspectos Éticos:

Para la realización de esta investigación se tuvo en cuenta el consentimiento de los pacientes involucrados en ella. A los cuales se les explicaron los objetivos del estudio (Anexo I).

Técnica de recogida de la información:

Para la obtención de la información se confeccionó un cuestionario elaborado especialmente para esta investigación y se recogieron los datos mediante la entrevista a los pacientes y el examen de la lesión tumoral en la consulta. Además de los resultados de las biopsias realizadas que se recogieron en el Departamento



de Anatomía Patológica (Anexo II).

Técnica y procedimiento de análisis estadístico:

Los datos recogidos se procesaron en una computadora HP Compaq, los resultados de los mismos se representaron en tablas estadísticas mediante la utilización de los programas del sistema operativo Windows Xpsoftware, se discutieron y compararon con otros estudios en la bibliografía consultada, para llegar a conclusiones en correspondencia con los objetivos trazados. Para la elaboración y redacción del informe final se utilizó el programa Microsoft Excel.

Recursos:

- Humanos

Un especialista en Oftalmología, un residente a tiempo parcial en la investigación y un especialista en Anatomía Patológica.

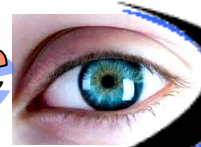
- Materiales

El estudio se realizó con los medios habituales de consulta, entre ellos:

- Oftalmoscopio de observación directa Neitz
- Lámpara de hendidura Topcon.



Análisis y disc





ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de pacientes según grupo de edades y sexo.

Grupo de edades	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No	%
	No	%	No	%		
Menor de 15 años	1	1,01	2	2,02	3	3,03
16 - 39 años	13	13,13	10	10,10	23	23,23
40 - 59 años	18	18,18	27	27,27	45	45,45
60 años y más	15	15,15	13	13,13	28	28,28
Total	47	47,47	52	52,52	99	100

Fuente: Planilla de Recolección del Dato Primario.

En la tabla 1 se expone la distribución de los pacientes según grupo de edades y sexo, donde se observa que el grupo de 40 a 59 años fue el más afectado, con 45 pacientes (45,45 %), que a su vez predominaron en ambos géneros: 27 femeninos y 18 masculinos. La edad pediátrica presentó el menor número de afectados, con sólo 3 pacientes, de ellos 1 masculino y 2 féminas.

Esto concuerda con la literatura revisada donde se expresa que los tumores de anexos oculares aumentan su frecuencia con la edad (13) y con un estudio de la doctora Clara Gómez realizado en el Instituto Cubano de Oftalmología: "Ramón Pando Ferrer", donde el grupo más afectado fue el de más de 50 años (5) y por el contrario no coincide con un artículo publicado por la Universidad de Umtata, donde el grupo más afectado fue de 20 a 39 años de edad (4).

Respecto al sexo se aprecia que de los pacientes estudiados 52 eran del sexo femenino (52,52%), y 47 del sexo masculino (47,47%), no encontrándose marcadas



diferencias; lo cual armoniza con otros estudios realizados, donde los tumores de párpados y conjuntiva se presentaron por igual en hombres y mujeres (13, 35, 36). Sin embargo, en una investigación realizada en el Hospital Arzobispo de Loayza se encontró una mayor incidencia tumoral en el sexo femenino (14).

Tabla 2: Distribución de pacientes según color de la piel.

Color de la piel	No	%
Blanca	64	64,64
No Blanca	35	35,35
Total	99	100

Fuente: Planilla de Recolección del Dato Primario.

La distribución de los pacientes según color de la piel (tabla 2) se desglosa de la siguiente manera: 64 pacientes de piel blanca (64,64 %) y 35 de piel no blanca (35,35 %); lo anterior guarda relación con diversos artículos donde se refleja que algunos tumores son más frecuentes en personas de piel blanca (9,24). Asimismo en un estudio publicado por la Revista Cubana de Oftalmología en el año 2001 el 48% de los pacientes fueron mestizos (8).

Tabla 3: Distribución de pacientes según antecedentes de exposición prolongada al sol.

Antecedentes de exposición prolongada al sol	No	%
Sí	71	71,71
No	28	28,28
Total	99	100

Fuente: Planilla de Recolección del Dato Primario.

En la tabla # 3 se distribuyen los pacientes según el antecedente de exposición prolongada al sol, encontrándose 71 casos con exposición prolongada (71,71%) mientras que 28 no lo hicieron (28,28%). Considerándose que esto se debe a que en



Cuba predominan los días soleados, teniendo las personas que exponerse a este tipo de radiaciones en el trayecto hacia su trabajo o sus labores diarias.

En los reportes revisados se pudo apreciar que los tumores malignos son los que se asocian con más frecuencia a la exposición prolongada a las radiaciones ultravioletas, sobre todo si se acompañan con otros factores de riesgo como la piel clara y la edad avanzada (9,24).

No encontramos estudios en la literatura revisada que recogieran el antecedente de exposición a las radiaciones solares en los pacientes con tumores de párpados y conjuntiva.

Tabla 4: Distribución de los pacientes según localización anatómica de la lesión.

Localización anatómica	No	%
Párpados	60	60,60
Párpado superior	30	30,30
Párpado inferior	25	25,25
Cantos	5	5,05
Conjuntiva	39	39,39
Conjuntiva tarsal	10	10,10
Conjuntiva bulbar	25	25,25
Conjuntiva de fondo de saco	4	4,04
Total	99	100

Fuente: Planilla de Recolección del Dato Primario.

En la tabla # 4 se describe la distribución de los pacientes según la localización anatómica de la lesión. La mayor incidencia de tumores se presentó en los párpados, con 60 lesiones que representan el 60,60 % de la muestra en estudio; mientras que



en la conjuntiva se encontraron 39, para un 39,39 %. Entre los tumores de párpados se localizaron 30 en el párpado superior (30,30%), y sólo en los cantos se localizaron 5, para un 5,05 %. En cuanto a la localización de las lesiones tumorales en la conjuntiva fue más frecuente en la bulbar, con 25 casos, que representan el 25,25 %, sin embargo, en la conjuntiva de fondo de saco sólo se presentaron 4 lesiones, que constituyen el 4,04 %.

En un estudio publicado en el Hospital Arzobispo Loaiza se encontró como localización más frecuente de los tumores palpebrales el superior, y para la conjuntiva, la bulbar lo que está en correspondencia con los resultados de esta investigación (14). La doctora Clara Gómez en su estudio titulado Tumores de anexos oculares encontró como localización más frecuente los párpados, en el 61,6 % de los casos (5). Asimismo en la Revista Cubana de Oftalmología del 2004 se publicó un artículo que señala a la conjuntiva bulbar como la localización más frecuente de los tumores a este nivel, ambos en armonía con el presente estudio (12).

Tabla 5: Distribución de los casos de acuerdo a caracterización clínica de las lesiones de párpados.

Lesiones de párpados	No	%
Benignas	44	44,44
Papiloma	14	14,14
Nevus	2	2,02
Xantelasma	5	5,05
Hemangioma	1	1,01
Quistes	16	16,16
Queratosis	4	4,04
Queratoacantoma	2	2,02



Malignas	16	16,16
Carcinoma de células basales	11	11,11
Carcinoma de células escamosas	5	5,05
Total	60	60,60

Fuente: Planilla de Recolección del Dato Primario.

La caracterización clínica de las lesiones de párpados se expone en la tabla # 5, donde predominan las lesiones benignas, con 44 casos que constituyen el 44,44 %, donde prevaleció la lesión quística (16,16 %), seguido del papiloma (14,14 %), y sólo se reportó un caso con hemangioma (1,01 %), lo que guarda relación con estudios realizados por el Instituto “Ramón Pando Ferrer”, donde se reportaron los quistes como los tumores benignos más frecuentes de los párpados (5).

En cuanto a las lesiones malignas palpebrales se describieron 16 tumores (16,16 %); predominando los carcinomas de células basales (11,11 %).

Esto coincide con un estudio publicado por la Revista Cubana de Cirugía en el año 2008 donde el carcinoma basocelular fue el tumor maligno más frecuente de los párpados (3).

Tabla 6: Distribución de los casos de acuerdo a caracterización clínica de las lesiones de conjuntiva.

Lesiones de conjuntiva	No	%
Benignas	28	28,28
Nevus	6	6,06
Papiloma	9	9,09
Inflamación granulomatosa	9	9,09
Tumor dermoide	2	2,02



Quistes	2	2,02
Malignas	11	11,11
Carcinoma de conjuntiva	6	6,06
Melanoma maligno	2	2,02
Displasia	3	3,03
Total	39	39,39

Fuente: Planilla de Recolección del Dato Primario.

La caracterización clínica de las lesiones de conjuntiva se expone en la tabla # 6, de un total de 39 tumores que constituyen el 39,39 % de la muestra, 28 se corresponden con tumores benignos para un 28,28 %, y 11 fueron tumores malignos (11,11 %). Los tumores benignos se comportaron como a continuación se describe: el papiloma y el granuloma de conjuntiva fueron las lesiones que predominaron con 9 casos cada uno de ellos.

Las lesiones malignas fueron reportadas en 11 pacientes (11,11 %), predominando el carcinoma de conjuntiva en 6 de ellos (6,06 %).

Este resultado coincide con un estudio titulado Tumores de la conjuntiva publicado en la Revista Cubana de Oftalmología en el año 2004 donde el granuloma fue uno de los tumores benignos más frecuentes (13). Y no coincide con un estudio de la doctora Clara Gómez titulado Tumores de los anexos oculares donde plantea que el nevus de conjuntiva fue el tumor predominante (8).



Tabla 7: Distribución de los pacientes según confirmación del diagnóstico clínico.

Confirmación del diagnóstico clínico	No	%
Diagnóstico clínico confirmado	50	50,50
Diagnóstico clínico descartado	5	5,05
Total	55	55,55

Fuente: Revisión del Registro de biopsias del Departamento de Anatomía Patológica.

En la tabla # 7 se recoge la distribución de los pacientes según confirmación del diagnóstico clínico inicial, al estudiar el resultado de las biopsias realizadas se observó que sólo se estudiaron 55 tumores que representan el 55,55% de la muestra, en ellos se confirmó el diagnóstico inicial en 50 para un 50,50 %, y 5 casos mostraron un diagnóstico diferente para el 5,05%. Los 44 tumores restantes no fueron estudiados.

En la literatura revisada no se encontró ninguna investigación que relacionara el diagnóstico clínico de los tumores de párpados y conjuntiva con los resultados histopatológicos, debido a que en todas éstas se les realizó biopsia al 100% de los tumores. Si existen estudios acerca del acierto en la presunción diagnóstica que muestran resultados similares al nuestro, como es el realizado en el Hospital Arzobispo de Loayza (14).



Conclusiones



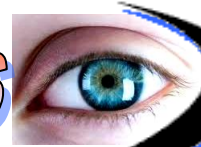


CONCLUSIONES

1. Los pacientes con 40 años y más fueron los más afectados por tumores de párpado y conjuntiva, sin encontrarse diferencias relevantes en cuanto al sexo.
2. Los pacientes que se expusieron de forma prolongada al sol tuvieron una incidencia mayor que los que no lo hicieron.
3. Los tumores de párpados predominaron sobre los de conjuntiva, y de éstos los localizados en el párpado superior y conjuntiva bulbar respectivamente.
4. Prevalcieron las lesiones benignas palpebrales siendo el quiste el más frecuente y el carcinoma de células basales fue la lesión maligna que predominó.
5. Predominaron las lesiones benignas de conjuntiva siendo más frecuente el papiloma y el quiste de conjuntiva mientras que el carcinoma fue la lesión maligna más representada en esta localización.
6. Se confirmó el diagnóstico clínico inicial en la mayoría de los pacientes; pero un número importante de tumores no se estudiaron.



Recomendaciones





RECOMENDACIONES

- Realizar pesquisaje de tumores de párpados y conjuntiva por ser patologías frecuentes que cuando se diagnostican tempranamente pueden curar.
- Divulgar las medidas profilácticas a tener en cuenta para evitar la aparición de la enfermedad.
- Realizar estudio anatomopatológico a todas las lesiones tumorales que se traten quirúrgicamente.

Recomendaciones





Bibliografía





BIBLIOGRAFÍA

1. Echevarria Duque Yolanda L, Baltar López Luis E, Puig Mora Marta C. Nevos y Melanonea de la conjuntiva ocular. Rev Cubana Oftalmol [serie en Internet]. 2003 [citado 12 Ene 2010];16(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/oft/vol16_01_03/oft07103.htm.
2. Teran Sanche GA. Tumores de párpados y conjuntiva. Estudio estadístico del Servicio de Oftalmología del Hospital Arzobispo Loayza [Tesi]. Perú: Facultad de Medicina Alberto Hurtado;1987[citado 12 Ene 2010]. Disponible en:<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=107382&indexSearch=ID>.
3. Cabarga Haro CE. Papiloma de Conjuntiva. Presentación Clínica. [página en Internet]. 2009 [citado 1 Ago 2009]. [aprox. .4 pantallas]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1454/1/Papiloma-de-conjuntiva-Presentacion-clinica.html>.
4. Gómez Cabrera C, Martínez N, Herrera Soto M, Agramante I. Crioterapia en pequeños tumores malignos palpebrales. Rev Cubana Oftalmol [serie en Internet]. 2003 [citado 10 Ago 2009]; 16(1):[aprox. 5 p.] disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21762003000100003&script=sci_arttext.
5. Gómez Cabrera CG, Herrera Soto M, Márquez Falcón Iraida, Agramante Centellest I. Tumores benignos de los párpados. Rev Cubana Oftalmol [serie en Internet]. 2001 [citado 1 Mar 2003]; [aprox. 6 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762001000200009&lng=es&nrm=iso.
6. Frías Banqueris R, Remón Reyes E, Futiel Ofarris N, Hernández Mariño A. Resultados de tratamiento quirúrgico de los tumores malignos del párpado inferior. Rev Cubana Cir [serie en Internet]. 2008 [citado 20 Ene



- 2010];47(2):[aprox. 8 p.].Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol47_2_08/cir01208.htm.
7. Saornil MA, Becerra E, Méndez MC, Blanco G. Tumores de la Conjuntiva. Arch Soc Esp Oftalmol[serie de Internet].2009 [citado 23 Ene 2010];84(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/aseo/v84n1/revision.pdf>
<http://scielo.iscin.es/scielo.php?escript=sci-arttext&pid=50365-66912009000100003&ing=pt>.
 8. Gómez Cabrera CG, Toro Toloza I, Vigoa Arangure L. Tumores de los anexos oculares. Rev Cubana Oftalmol [serie en Internet]. 2001 [citado 12 Dic 2009];4(2):[aprox. 6 p.].Disponible en:
bvs.sld.cu/revistas/oft/vol14_2.../oft10201.htm.
 9. Oncología ocular[página en Internet]. Hospital Italiano de Buenos Aires. Servicio de Oftalmología; 2010[citado 21 Jul 2010].[aprox. 7 pantallas]. Disponible en:
<http://www2.hospitalitaliano.org.ar/oftalmo/index.php/Oncologia-ocular/> .
 10. Báez Gonzáles DE. Tumores de la conjuntiva [página en Internet].2005 [citado 21 Jul 2010].[aprox. 8 pantallas]. Disponible en:<http://www.smo.org.mx/tumores-de-la-conjuntiva>.
 11. Gómez Cabrera CG, Falcón Márquez I, Villamil Martínez V, Padilla González CM. Lesiones pigmentadas de párpados y conjuntiva. Rev Cubana Oftalmol[serie en Internet]. 2002[citado 21 Jul 2010];15(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/oft/vol15_1_02/oft09102.htm.
 12. Arteaga-Sánchez A, Toledano-Fernández N, Díaz-Valle D, Fernández-Aceñero MJ, Hijós-Gastón M. Escleroqueratitis y carcinoma escamoso conjuntival invasivo. Arch Soc Esp Oftalmol 2007; 82: 237-240.
 13. Gomes Cabrera CG, Herrera Sotoly M, Padilla Gonzáles C. Tumores de conjuntiva. Rev Cubana Oftalmol [Serie en Internet]2004[citado 10 Feb 2009];17(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/oft/vol17-1-04/oft05104.htm>.



14. Salazar Campo MC, Surka J, García JM, Bustamante Salazar N. Tumores de los anexos oculares en la región de Umtata. [página en Internet]. VI Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica; 2004 [citado 2 Feb 2009]. [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <http://conganat.uninet.edu/6CVHAP/autores/trabajos/T249/index.html>.
15. Saornil MA. Tumores del globo ocular y sus anejos contenidos básicos. Guiones de Oftalmología [monografía en Internet]. 2007 [citado 23 Feb 2009]. Disponible en: <http://iwww.ioba.med.uva.es/pub/cb-of-26>.
16. Gómez Cabrera CG, Martínez Suares N, Falcón Marquez I, Herrera Soto M. Técnica de tenzel en la cirugía reconstructiva de los tumores malignos palpebrales. Rev Cubana Oftalmol [serie en Internet]. 2001 [citado 12 Feb 2010] 14 (2) 97-102: [aprox. 8 p.] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/oft/vol14_2_01/oft04201.htm.
17. Kanski JJ. Oftalmología Clínica. 5 th ed. España: Elseiver; 2004.
18. Vaughan D. General Ophtalmology. 17 th ed. Philadelphia: McGraw Hill Medical; 2008.
19. Vaughan D. Enfermedades de la conjuntiva. En: Vaughan D, Asbury T, Riordan EP, editores. Oftalmología General. 9 th ed. México: El Manual Moderno; 1994. p.133. 5.
20. Vergel García AC. Comportamiento clínico quirúrgico de los tumores de párpado en el Servicio Oftalmología [Tesis]. Morón: Hospital Roberto Rodríguez; 2007.
21. Martínez Montero EM. Mortalidad por enfermedades malignas. Estudio de dos años [Tesis]. Morón: Hospital Roberto Rodríguez; 2002.
22. Bendezú Loyola A. Enfermedades de los párpados y conjuntiva [página en Internet]. 2004 [citado 21 Jul 2010]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/libros/medicina/cirugia/tomo_iv/archivos/pdf/04enfer_parpados.pdf.



23. Alemañy Martorel J, Villar Valdés R. Oftalmología. La Habana: Ciencias Médicas; 2005.
24. Río Tórriz M, Capote Cabrera A, Hernández Silva JR. Oftalmología. Criterios y tendencias actuales. La Habana: Ciencias Médicas; 2009.
25. Eguía Martínez Frank, Río Tórriz Marcelino, Capote Cabrera Armando. Manual de diagnóstico y tratamiento en oftalmología. La Habana: Ciencias Médicas; 2009.
26. González Iglesias Y, García Álvarez H, Ríos Araujo B, Suárez Rodríguez B. Carcinoma epidermoide de conjuntiva: Presentación de un caso. Medisur [serie en Internet]. 2006 [citado 21 Jul 2010];4(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/187>.
27. Zaragoza casares P, Llanes Menéndez F, Gómez Fernández T, Zato Gómez de Liaño MA, Zaragoza García P. Carcinoma basocelular palpebral [página en Internet]. 2006 [citado 21 Jul 2010]. [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: <http://www.oftalmo.com/studium/studium2006/stud06-4/06d-03.htm>.
28. Rodríguez Naranjo Z, Bello Medina B, Moreira Guillén E. Carcinoma epidermoide de conjuntiva. Presentación de un caso. Mediciego [serie en Internet]. 2007 [citado 12 Ene 2010];13(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_02_07/casos/c7_v13_0207.html.
29. Rios Hdez MA, Melgares Ramos MA, Hdez Menendez M, Figueroa Alejandro J. Carcinoma epidermoide de conjuntiva. Su posible asociación con el virus de I papiloma humano. Rev Cubana Méd [serie en Internet]. 2004 [citado 12 Ene 2010];43(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol43_4_04/med05404.htm.
30. Benjamín F. Tratamiento de los tumores oculares y anexos. En: Buyd M, editor. Atlas de cirugía ocular. Panama: Highlights of ophthalmology Internacional; 2005.
31. Pena Garcia L. Apuntes de Oftalmología conjuntiva y esclera. Santiago de Chile: Hospital Dr Sotero del Río; 2004.



32. Bengoa Gonzalez A. Atlas de Urgencias en oftalmología [monografía en Internet]. Barcelona: Glosa;2003[citado 12 Ene 2010]. Disponible en: <http://www.sepeap.org/archivos/libros/Urgencias%20en%20oftalmologia/volumen1.htm>.
33. Miller SJ, Betti L, Vergani R, Rosen C. Pathogenesis (basal cell carcinoma). Br J Ophthalmol. 2006;88:237-239.
34. Chorun L, James EC, Gopta M. Basal cell carcinoma in blacks :A report of 15 cases. Ann of Plastic Surg. 2006;3((1):90-5.
35. Resección quirúrgica de un tumor de párpado [página en Internet]. Sociedad Argentina de Oftalmología.©199-2010[citado 12 Ene 2010].[aprox. 9 pantallas]. Disponible en: <http://www.sao.org.ar/PlasticaOcular/Resecc%C3%B3nquir%C3%BArgicadeuntumordep%C3%A1rpados/tabid/341/language/en-US/Default.aspx>.
36. Duane D. Clinical ophthalmology. En: Fred MW, editor. External Clinical Disease. Philadelphia:Lihipincott Company; 2002.p.117-23.
37. Parker F. Skin disease of general importance. En: Bennett JC, Plunm F, editores. Cecil Text Book of Medicine. 25 th ed. Philadelphia:WB Saunders;2006.p.2209-10.



Anexos 

A large, stylized graphic of the word "Anexos" in a bold, italicized font. The letters are colored with a gradient from orange to blue. To the right of the word is a close-up photograph of a human eye with a blue iris, looking slightly to the left. The entire graphic is set against a black, curved background that resembles a swoosh or a stylized underline.

ANEXO I

Consentimiento Informado:

Consentimiento de participación en el trabajo de investigación: Comportamiento clínico epidemiológico de tumores de párpados y conjuntiva en la consulta de Oculoplastia del servicio de Oftalmología del Hospital Provincial General Docente: “Dr. Antonio Loases Iraola” de la provincia Ciego de Ávila en el período de octubre de 2008 a septiembre de 2009.

Información al paciente.

Con la presentación de esta información y el apartado de declaraciones y firmas, se le solicita su participación como sujeto de investigación en este trabajo. Usted tiene el derecho de conocer todo lo relacionado con la investigación, de modo que pueda decidir si acepta o no participar en el estudio.

Es preciso que comprenda qué ocurrirá si Ud. firma este modelo accediendo a participar en la investigación. La información puede contener palabras que Ud. no entienda. Por favor, pídale al investigador responsable que explique y aclare todas sus interrogantes, pues esa es su responsabilidad.

A quién llamar en caso de necesidad

Dr(a): _____, investigador(a) responsable.

Dirección y teléfono: _____

Dr(a): _____

Dirección y teléfono: _____

Propósito y concepción general del estudio:

Este estudio constituye una investigación que pretende determinar el comportamiento clínico - epidemiológico de los tumores de párpados y conjuntiva en el servicio de Oftalmología del centro hospitalario antes mencionado. La entrevista les será aplicada a todos los pacientes.

Participación voluntaria e informada:

Su aprobación de participación en el estudio es totalmente voluntaria y no representa compromiso alguno con el médico, ni con el hospital, pues usted puede aceptar o no participar en el mismo con garantías de recibir la atención médica adecuada que necesite, en caso de dar su aprobación, de igual forma puede abandonarla voluntariamente cuando lo desee, sin tener que dar explicación y sin que repercuta en sus cuidados médicos.

Usted tiene el derecho de tomarse el tiempo que estime conveniente para analizar este documento y su médico de asistencia está en el deber de aclarar cualquier inquietud que tenga al respecto. Además, debe exigir que se le entregue una copia, que conservará y que podrá consultar con tiempo y en su casa con sus familiares y allegados.

Su aprobación de participación en el estudio será dada cuando firme y feche el Apartado de Declaraciones y Firmas, que le será entregada por el médico, del cual debe conservar también copia.

Confidencialidad de la información:

La información que resulte de esta investigación, así como lo relacionado con su identidad y datos personales, se mantendrá bajo confidencialidad y en caso que se necesite hacer referencia a éstos se hará a través de un código de identificación que le será asignado desde el momento en que dé su aprobación por escrito. Sin embargo, al firmar este documento, usted autoriza a los investigadores participantes en el estudio, así como a los tutores y asesores a tener acceso a la información, la cual podrá ser utilizada en publicaciones o presentaciones en eventos científicos, refiriéndose a su persona a través de códigos, nunca a través de su nombre.

Si usted decide abandonar el estudio, debe aclararle al médico si no quiere que sus resultados sean empleados en el mismo. De no hacerlo, los datos obtenidos hasta ese momento serán utilizados en la investigación.

Declaraciones y firmas del paciente.

Yo, _____

(Nombres y apellidos del paciente)

He leído y comprendido la hoja de información que me ha sido entregada.

He podido hacer todas las preguntas que me preocupaban sobre el estudio.

He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando yo lo desee.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

He tenido contacto con el (la) Dr. (a). _____,

(Nombres y apellidos del investigador)

el (la) cual me explicó todos los aspectos relacionados con la investigación.

Y para expresar libremente mi conformidad de participar en el estudio firmo este modelo.

Firma del paciente: _____

Fechado por el paciente: _____ (Día, mes, y año)

Firma del investigador responsable: _____

Fechado por el investigador responsable: _____ (Día, mes, y año)

ANEXO II

Planilla de Recolección del Dato Primario

Nombre:

Dirección:

Grupo de edades: _____ Menor de 15 años

_____ 16 a 39 años

_____ 40 a 59 años

_____ 60 y más

Sexo: _____ Masculino _____ Femenino

Color de la piel: _____ Blanca _____ No blanca

Antecedentes de exposición prolongada al sol: _____ Sí _____ No

Localización de la lesión:

_____ Párpado superior

_____ Conjuntiva bulbar

_____ Párpado inferior

_____ Conjuntiva tarsal

_____ Cantos

_____ Conjuntiva de fondo de saco

Diagnóstico clínico de los tumores de párpados:

a) Tumores benignos:

_____ Papiloma

_____ Mollusco contagioso

_____ Nevus

_____ Quistes

_____ Xantelasma

_____ Queratosis

_____ Hemangioma

_____ Queratoacantoma

b) Tumores malignos:

- _____ Carcinoma de células basales
- _____ Carcinoma de células escamosas
- _____ Carcinoma de glándulas sebáceas
- _____ Carcinoma en relación con una xerodermia pigmentaria
- _____ Sarcoma
- _____ Melanoma maligno

Diagnóstico clínico de las lesiones de conjuntiva:

a) Tumores benignos:

- _____ Nevus de conjuntiva
- _____ Papiloma
- _____ Inflamación granulomatosa
- _____ Tumor dermoide
- _____ Dermolipoma
- _____ Linfoma e hiperplasia linfoide
- _____ Angioma
- _____ Quistes

b) Tumores malignos:

- _____ Carcinoma
- _____ Melanoma maligno
- _____ Linfosarcoma

Resultados de la biopsia:

- _____ Se confirmó el diagnóstico inicial
- _____ Se descartó el diagnóstico inicial