

LIBRO PARA LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES EN OFTALMOLOGÍA

PÁRPADOS

3

Tumores benignos de los párpados

Yerena Muiños Díaz



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE OFTALMOLOGÍA

El objetivo de este capítulo es aprender a reconocer las lesiones palpebrales benignas más frecuentes de la práctica diaria.

Todas las estructuras palpebrales pueden verse afectadas por lesiones de características tumorales: piel, vasos sanguíneos, glándulas sebáceas o sudoríparas, estructuras neurales, de pelo o melanocíticas. Hasta un 95% de las mismas son de características benignas: neoplásicas, inflamatorias o infecciosas (1-4) pero deben ser correctamente reconocidas para planificar la mejor opción tratamiento/seguimiento. La nomenclatura de los tumores está dada por el parénquima que principalmente lo compone, a los tumores benignos se les agrega el sufijo «oma» y los malignos «carcinoma» o «sarcoma», con alguna excepción, como los linfomas (5).

De acuerdo a su estirpe se clasifican en (tabla 1):

Tabla 1. Estructura de desarrollo

EPIDERMIS
Papiloma escamoso Queratosis seborréica Hiperplasia pseudoepiteliomatosa Verruga vulgaris Queratoacantoma Queratosis actínica
TEJIDO GLANDULAR
Hidrocistoma Hiperplasia o Quiste de glándulas sebáceas Quiste sebáceo
MELANOCITOS
Eférides (Pecas) Léntigo solar Nevus simple Nevus de la unión o de Spitz Nevus dérmico o de Ota
FOLÍCULOS PILOSOS
Tricofoliculoma Pilomatrixoma
NEURALES
Neurofibroma <ul style="list-style-type: none"> • Nodular • Plexiforme Schwannoma
VASCULARES
Hemangioma capilar <ul style="list-style-type: none"> • Congénito • Adquirido Linfangioma

Las lesiones palpebrales se pueden presentar clínicamente como: máculas (cambios de coloración de la piel, se ve pero no se palpan), pápulas (lesión sólida, elevadas, menores de 1 cm., se tactan y puede agruparse en diferentes formas como: pedunculares,

forma de domo), nódulos (lesiones similares a las pápulas, mayores de 1 cm), placas (lesiones similares a los nódulos pero presentan la superficie completamente plana y poco elevada), vesículas (lesiones elevadas de contenido fluido claro, menores de 1 cm.; si son mayores de 1 cm se denominan en bullas), pústulas (lesiones similares a las vesículas y bullas pero el contenido de las mismas es blanquecino o amarillento, indican infección), quistes (lesiones capsuladas con material fluido o semi-fluido en su interior, traslúcido y móvil) (2,6) Las técnicas semiológicas para evaluar una lesión palpebral son: inspección, palpación, auscultación y transiluminación (tabla 2).

Tabla 2. Técnicas semiológicas para evaluar una lesión palpebral

Inspección Palpación Auscultación Transiluminación
Fotografía Forma Temperatura Soplos Transparencia Debe ser mandatorio como documento médico legal Tamaño Bordes Ruidos Contenido Color Consistencia Textura Adherencia Pérdida de pestañas Compresibilidad-Reductibilidad Agujeros Fluctuación Pulsatilidad

LESIONES EPIDÉRMICAS

Son las lesiones palpebrales más frecuentes. Esta nomenclatura incluye diversos tipos de lesiones epidérmicas y que pueden o no estar relacionadas con el virus del papiloma humano (7). De forma general, la etiología de estas lesiones es mediada por el daño causado por las radiaciones ultravioleta que provocan daño en el ADN epidérmico; los fototipos bajos (clasificación de Fitzpatrick) con mayores exposiciones solares en el tiempo tienen más riesgo (2,4,5,7).

Estas lesiones son:

- **Papiloma Escamoso:** representa hasta un 30% de las lesiones epidérmicas, se presenta como lesiones papulares que pueden llegar a ser nodulares, sésiles o no, usualmente del mismo color de la piel, de crecimiento lento, pueden presentar diversos grados de pigmentación (fig. 1).



Figura 1: Múltiples lesiones papilomatosas.

- **Queratosis seborréicas:** segundas en incidencia, son lesiones maculares circunscritas, pueden llegar ser papulares, pero sin llegar a nódulos, muchas veces presentan inflamación en la base (7).
- **Hiperplasia pseudoepiteliomatosa;** pápulas que pueden llegar a presentar ulceración o costras en su superficie, usualmente seguidas a un trauma, quemadura, reacción farmacológica o cicatrizales y deben siempre establecer el diagnóstico diferencial con carcinomas (7,1).
- **Verruga Vulgaris:** lesión pedunculada de base amplia con aspecto «aframbuesado», usualmente causado por la infección epidérmica del virus de papiloma humano serotipo 6 y 11 (3 7).
- **Queratoacantoma:** se presenta como una pápula rosa de crecimiento rápido que puede detener su crecimiento involucionar y nuevamente presentar crecimiento, hasta convertirse en un nódulo con el centro queratinizado, en las últimas clasificaciones se ha considerado como un carcinoma escamoso de bajo grado (2,8); la localización más frecuente es el párpado inferior (fig. 2).



Figura 2: Queratoacantoma.

- **Queratosis actínica:** Es otro tipo de lesión considerada como premaligna, de inicio macular que puede llegar a formar una pápula definida, eritematosa y descamativa, lo que le confiere una textura de papel de la lija; presentan un crecimiento lento pero continuo, pueden llegar a transformación maligna entre un 0,25 a 10% por año (5).

El tratamiento de estas lesiones varía desde la observación, crioterapia, excisión con láser o resección quirúrgica, que, dependiendo del tamaño, puede ser una resección en afeitado o en pentágono clásico. La verruga vulgar responde mejor a crioterapia (7).

Las lesiones premalignas o con posibilidades de transformación principalmente se tratan de manera quirúrgica, con bordes y control anatomopatológico, también se están utilizando otras terapias como Imiquimod o 5-fluorouracilo tópico como alternativa, aunque presentan múltiples recurrencias (5).

LESIONES GLANDULARES

Son lesiones desarrolladas a partir de las glándulas sudoríparas de Moll o sebáceas de Zeiss, así como de las glándulas de Meibomio, y se caracterizan por la retención de secreciones glandulares por debajo de la superficie de la piel.

- **Hidrocistoma:** se desarrolla de la oclusión de las glándulas apocrinas o glándulas de Moll, pero también se pueden desarrollar a partir de las glándulas ecrinas; las primeras son de apariencia quística con contenido traslúcido que puede variar de tamaño, su localización principal en el borde libre palpebral y en el canto interno. (2, 5); las segundas, suelen estar ubicadas en la zona tarsal y se pueden apreciar un contenido de color mas oscuro, ligeramente azulado (1,5) (fig. 3).

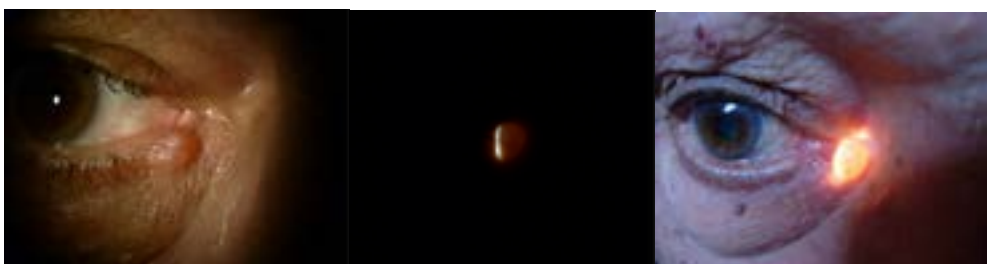


Figura 3: A. Hidrocistoma. Lesión quística redondeada, no adherida. B. Contenido traslúcido. C. Transiluminación completa del contenido.

- **Siringoma:** desarrollado a partir de las glándulas sudoríparas, con apariencia papulomatosa o nodular, generalmente en la región periocular, que puede ser única o confluyente (2,5).
- **Hiperplasia o quiste de glándula sebácea:** se deriva de las glándulas sebáceas y su localización puede ser en tarso, pestañas o carúncula; se manifiestan como nódulos blanquecinos/amarillentos con una superficie muy lisa y, en algunos casos, se aprecia un punto penetrante en la superficie (2,9). Las lesiones múltiples pueden estar relacionados con carcinomas de colon de bajo grado (9) (fig. 4).



Figura 4: Lesión quística redondeada de contenido sólido, blanquecino, con centro umbilicado.

El tratamiento de este tipo de lesiones es la excisión quirúrgica con exéresis completa de la pared quística; en el caso de los siringomas, la excisión puede realizarse con crioterapia, laser de CO₂, retinoides tópicos. Es importante no ser muy agresivos en la excisión para evitar grandes cicatrices e hiperpigmentaciones post-inflamatorias (5).

LESIONES MELANOCÍTICAS

Son derivadas de los melanocitos cutáneos de la epidermis o de la dermis, pueden ser adquiridos o congénitos dependiendo de la edad de presentación. Su presentación clínica depende de la localización: los **epidérmicos** se presentan en forma de máculas, de color pardo, marrón o negro, pueden crecer ligeramente sin cambiar sus características, y generalmente reaccionan con oscurecimiento a la exposición solar, como las efélides (pecas), lentigos solares o nevus simples adquiridos; los que se desarrollan en la **unión dermo-epidérmica o nevus de la unión o spitz nevus**, pueden ser más pardo o azulados dependiendo de la profundidad y de las crestas névicas que puedan generar a la epidermis, son diagnósticos diferencial del melanoma y; los **nevus intradérmicos** que se presentan como una colocación azulada profunda y que puede afectar a la esclera, los mas frecuentes son los nevus azules o nevus de Ota, generalmente van creciendo a medida que el individuo crece y deteniéndose en la adultez (1,2,9) (fig. 5).



Figura 5: A Paciente con múltiples lesiones en piel. En párpado superior de ojo izquierdo, se aprecia un nódulo, sólido, de crecimiento lento. Nevus amelanótico, mientras en zona malar derecha se aprecia un léntigo senil. B. Nevus amelanótico en forma de domo con pestañas en su cuerpo. C. Nevus de Ota. Se aprecia coloración azulada difusa, que afecta ambos párpados y esclera.

El tratamiento de este tipo de lesiones es la observación, documentada mediante fotografía, excepto si existen cambios significativos en la apariencia, tamaño o grosor de las lesiones o en caso de que afecten de manera importante la apariencia estética o funcional de los párpados, casos en los que deben ser tratados quirúrgicamente. La exéresis de la lesión dependerá de su tamaño y motivo de la cirugía, podrá hacerse mediante dermo-abrasión, crioterapia, láser o cirugía convencional. Es importante destacar que si la lesión presenta cambios en sus características o agresividad en su crecimiento debe ser tratada con una excisión completa con márgenes, como si de una lesión maligna se tratase, ya que se han observado malignizaciones hasta en un 20% de los casos, con una menor incidencia en las lesiones de la unión (5,9).

LESIONES DERIVADAS DE FOLÍCULOS PILOSOS Y ESTRUCTURAS ANEXAS

Se desarrollan de las estructuras que se encuentran en la dermis, se presentan como quistes dérmicos, con queratina, pelo y células basales.

- **Tricofolliculoma:** el más diferenciado de este tipo de tumores es un hamartoma que se presenta como un nódulo sin cambios en la coloración de la epidermis, usualmente con el centro umbilicado que representa el folículo piloso dilatado por el aumento de la queratina pudiendo existir crecimiento de peli blanco en el mismo (1,5).
- **Pilomatrixoma:** lesión de color ligeramente rosa o azulada dependiendo de la existencia de dilatación vascular, se caracteriza por su aspecto nodular y predilección por la zona de la ceja; pueden calcificarse, con lo cual se van endureciendo al tacto y tienen un crecimiento muy lento (1 5,10) (fig. 6).



Figura 6: Lesión nodular en zona ciliar, típica localización de los pilomatrixomas.

El tratamiento de este tipo de lesiones es la escisión quirúrgica, pero debido a su baja incidencia, muchas veces son diagnosticados erróneamente, realizando una exicisión en afeitado o resecciones incompletas, por lo que pueden requerir ampliaciones ya que generalmente están encapsuladas; al romper la cápsula puede desarrollarse una importante reacción inflamatoria.

TUMORES NEUROGÉNICOS

- **Neurofibroma:** son tumores desarrollados por el crecimiento excesivo del tejido nervioso periférico, pueden estar relacionados con otras alteraciones sistémicas. Se asocia a un defecto genético en el cromosoma 17 y es transmitido de forma autosómica dominante. Se presenta principalmente de dos maneras, como **nódulos** (lesiones simples maculopapulares o nodulares, de crecimiento lento pero continuo durante toda la vida); o **plexiformes** (asociados a síndrome de Von Recklinghausen; se presentan como lesiones difusas, alargadas, usualmente en el ángulo externo de los párpados, confiriéndole una característica forma de «S» secundario a la ptosis por incremento del peso en la zona, una de las características más importantes de esta forma es que afectan de manera infiltrativa zonas profundas como fascia, músculo y hueso) (1,2,9) (fig. 7).



Figura 7: A neurofibroma que afecta párpado superior y ángulo externo, con forma típica de S, ptosis. B – Primera reconstrucción de la zona, con excisión de la lesión más deformante.

- **Schawnoma:** es de rara aparición, pero suele asociarse su presencia en pacientes con neurofibromatosis; se presentan como nódulos de crecimiento lento que simulan un chalación (1,2,9).

Con relación al tratamiento dependerá de la lesión y sus características. Las formas nodulares, dependiendo de la cantidad de nódulos y la manera que afecten de manera estética al paciente pueden ser removidos quirúrgicamente al igual que los schawnomas; las formas plexiformes, son más compleja ya que no presenta una diferenciación definida entre el tejido patológico y el sano, usualmente se realiza la reducción quirúrgica, advirtiendo la alta probabilidad de recurrencia local.

TUMORES VASCULARES

- **Hemangiomas:** son tumores vasculares, pueden ser congénitos o adquiridos. Los hemangiomas congénitos usualmente cesan su crecimiento luego del año de vida y comienzan una involución espontánea; se presentan como nódulos rojos o purpuras, elevados, subcutáneos, en algunos casos abollonados con invaginaciones de epidermis, por lo que se conocen como nevus de fresa o frambuesa, no son pulsátiles ni se diseminan al palparlos. Estos son importantes para el desarrollo de los niños en la medida que afectan a la agudeza visual, ya sea por astigmatismo al realizar presión sobre el globo o bien al causar ptosis mecánica en el párpado superior. Los hemangiomas adquiridos tienen prácticamente las mismas características que los anteriores, pero se desarrollan en la juventud y adultez y no tienden a ser de gran tamaño (1,2,9) (fig. 8).

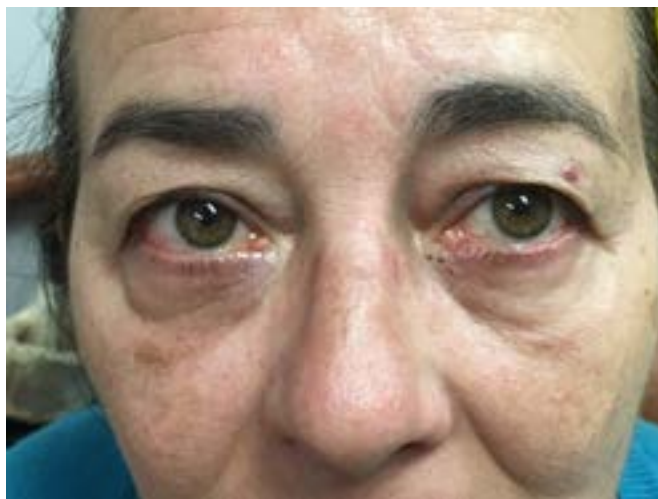


Figura 8: Lesión nodular pequeña, con invaginaciones de epidermis, roja, no pulsátil. Hemangioma pequeño de párpado superior.

El tratamiento en ambos casos es la observación, pero en el caso de los congénitos, se actuará de acuerdo a la prevención de la ambliopía siendo la principal opción en estos casos el tratamiento sistémico con betabloqueantes; en caso de requerir una reducción también se puede realizar cirugía convencional, laser o crioterapia. Los adquiridos no responden al tratamiento sistémico por lo cual, en caso de que exista una alteración de espacio o cosmética, se puede realizar excisión de la lesión.

- **Linfangioma:** suele ser congénito, algunos autores se consideran como un tumor de tipo vascular, aunque son anomalías de los vasos sanguíneos y linfáticos que no están conectados con la circulación orbitaria; pueden presentarse como tumores focales sin coloración alguna hasta que aparecen las hemorragias, que le confieren un color rojizo. Si hay un crecimiento rápido se debe realizar el diagnóstico diferencial con rhabdomyosarcoma (1,2,9) (fig. 9).



Figura 9: Anormalidades vasculares que se aprecian al sangrado, asociado a catarro, de forma recurrente. Linfangioma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peter J. Pathology of eyelid tumors. *Indian J Ophthalmol.* 2016;64(3):177-190. doi:10.4103/0301-4738.181752.
2. Biswas A. *Eyelid Tumors.* New Delhi: Springer India; 2014. doi:10.1007/978-81-322-1874-6.
3. Sun M, Huang S, Huilgol S, Silva D. Eyelid lesions in general practice. *Aust J Gen Pract.* 2019;48(8):509-514. doi:10.31128/AJGP-03-19-4875.
4. Huang YY, Liang WY, Tsai CC, et al. Comparison of the Clinical Characteristics and Outcome of Benign and Malignant Eyelid Tumors: An Analysis of 4521 Eyelid Tumors in a Tertiary Medical Center. *Biomed Res Int.* 2015; 2015:1-5. doi:10.1155/2015/453091.
5. Aaron Fay M and PJD. *Diseases and Disorders of the Orbit and Ocular Adnexa.* Elsevier Inc; 2017.
6. Duke-Elder S. *The Eye in Evolution (System of Ophthalmology.* C. V. Mosby Company (Jan. 1st, 1958); 1958.
7. Cochran M, Cxyz C. Eyelid papilloma. In: *StatPearls.*; 2020.
8. Bowling B. *Oftalmología Clínica.*; 2016.
9. Mauriello JA, Flanagan JC, eds. *Management of Orbital and Ocular Adnexal Tumors and Inflammations.* Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 1990. doi:10.1007/978-3-662-08463-2.
10. Amrith S, Sundar G, Young SM, eds. *Ocular Adnexal Lesions.* Singapore: Springer Singapore; 2019. doi:10.1007/978-981-13-3798-7.