



Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología
La Habana – Cuba

Tumores malignos palpebrales

Parte II

Dr. Franklyn Alain Abreu Perdomo.

Servicio de Oftalmología oncológica.

INOR

Sistemática Diagnóstica

- ◆ Anamnesis.
- ◆ Edad.
- ◆ Antecedentes patológicos familiares (generales y de tumores)
- ◆ Antecedentes patológicos personales (enfermedades oftalmológicas previas).
- ◆ Ocupación laboral.
- ◆ Primer síntoma y sintomatología asociada precisar tiempo y secuencia de aparición (en ocasiones la lesión es asintomática y no se le da importancia).

Examen Físico

- ◆ Examen físico general, valorando el estado del paciente y la presencia de otras lesiones tumorales de la piel o metástasis
- ◆ Adenopatías regionales y sus características (tamaño, número, consistencia, movilidad, ulceración).
- ◆ Nódulos subcutáneos metastásicos.
- ◆ Circulación colateral.
- ◆ Signos inflamatorios asociados.
- ◆ Signos neurológicos y/o Enfermedades asociadas.

Examen Oftalmológico

- ❖ Explorar motilidad ocular.
- ❖ Fondo de ojo.
- ❖ Reflejos pupilares.
- ❖ Biomicroscopia.

Examen Físico

Examen Oftalmológico (Párpados)

- ❖ Inspección y palpación para determinar presencia de tumor y sus características (bordes, forma, color, altura, ulceración, nódulos perlados, telangiectasias, queratina, sangramiento).
- ❖ Tamaño (mm).
- ❖ Localización (PS, PI, canto externo, canto interno, borde libre).
- ❖ ***Importante analizar el A B C D E en las lesiones pigmentadas:***

A: Asimetría.

B: Bordes irregulares.

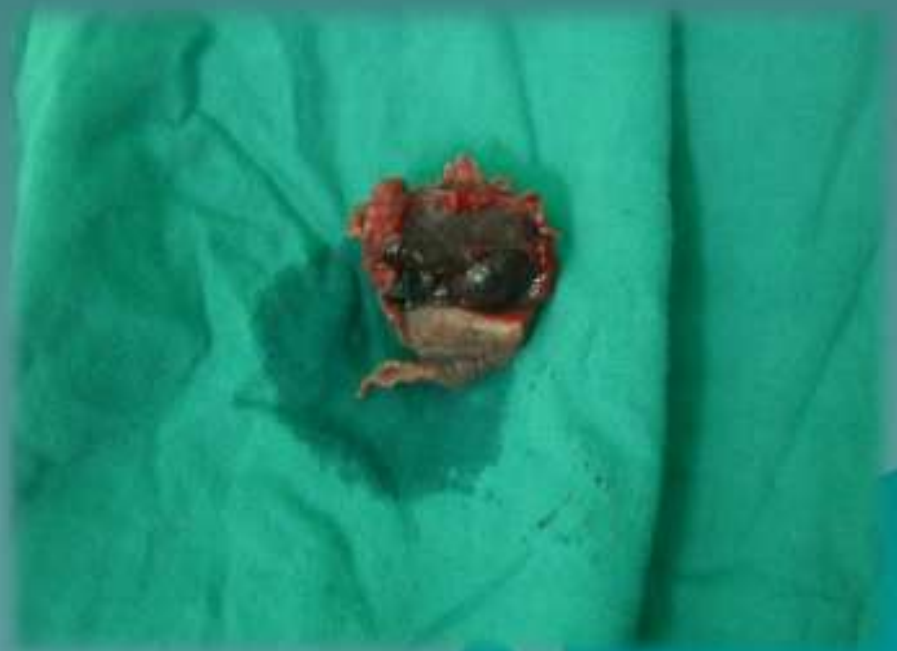
C: Cambio de coloración, pigmentación o ulceración.

D: Diámetro casi siempre mayor a 6 mm.

E: Elongement: Crecimiento de la lesión.

Biopsia

- ❖ Ponche (en carcinomas T3N0M0).
- ❖ Incisional (en carcinomas terebrantes).
- ❖ Excisional (indicación electiva de los carcinomas palpebrales, con márgenes oncológicos de seguridad).



Exámenes diagnósticos

- Ultrasonido ocular.
- TAC.
- RMN.
- Estudios de laboratorio clínico: hemograma, hemoquímica, coagulograma y otros, en dependencia del criterio médico.
- Ultrasonido abdominal (HAS).
- Rx de tórax: valoración preoperatoria.
- Rx comparativo de órbita, senos paranasales y agujeros ópticos (En los lugares que no tengan posibilidades de TAC).
- Cuando exista sospecha de extensión a SNC: GG cerebral (opcional), Electroencefalograma (opcional), estudio del LCR (citológico, citoquímico y bacteriológico).

Clasificación TNM

TX: No se puede evaluar el tumor primario.

T0: No existen signos de tumor primario.

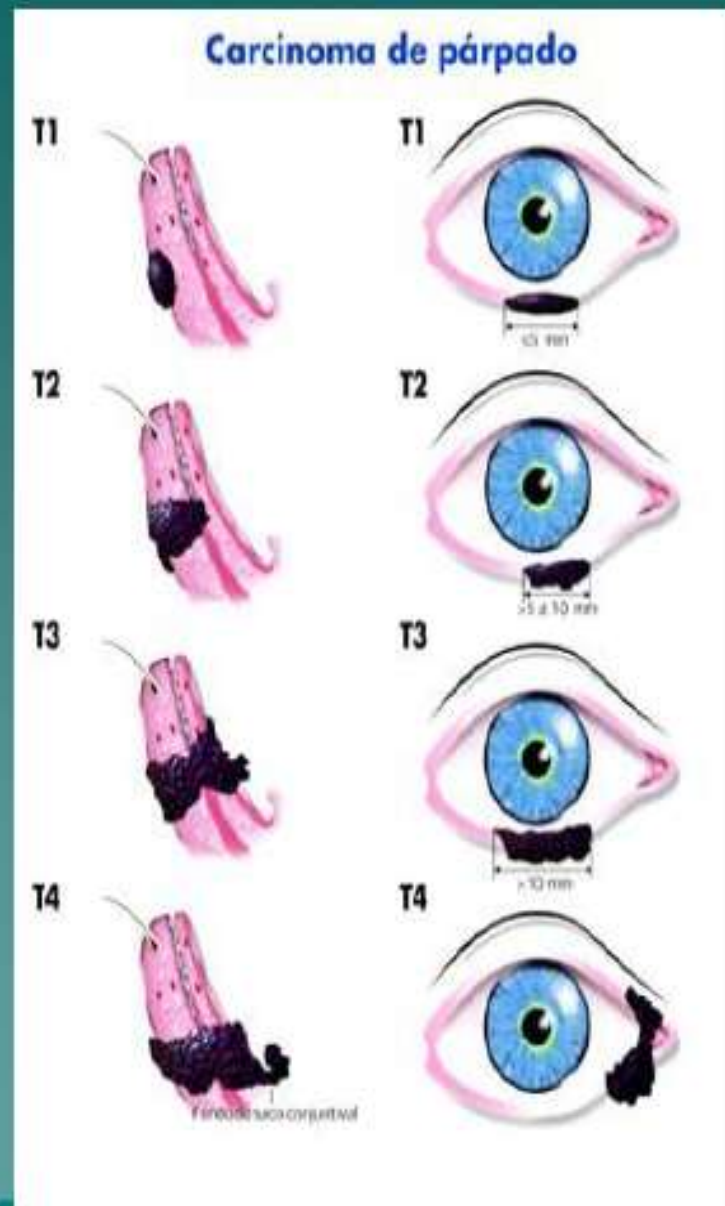
Tis: Carcinoma in situ.

T1: Tumor de cualquier tamaño, que no invade el tarso, o tumor en el borde palpebral de diámetro máximo menor o igual a 5 mm.

T2: Tumor que invade el tarso, o tumor en el borde palpebral de diámetro máximo mayor de 5 mm, pero menor o igual a 10 mm.

T3: Tumor que afecta a todo el espesor del párpado, o tumor en el borde palpebral de diámetro máximo mayor de 10 mm.

T4: Tumor que invade estructuras adyacentes.



Conducta

El tratamiento de los tumores malignos palpebrales es esencialmente quirúrgico.

La quimio y radioterapia tienen un rol secundario.

Cirugía: exéretica, con margen oncológico de seguridad (resección en bloque con un radio por fuera de la lesión de tejido sano).

Técnicas quirúrgicas:

1. Exéresis simple.
2. Tarsectomía parcial.
3. Tarsectomía ampliada.

Reconstrucción palpebral:

- Cierre directa.
- Injertos de piel total (libres).
- Colgajos locales.

Conducta

◆ T1 - T2

Exéresis del tumor con margen oncológico y reconstrucción.

2da. Opción: Biopsia + Radioterapia superficial.

◆ T3: Exéresis y cirugía reconstructiva con injerto rotado, deslizante, libre.

2da. opción: Biopsia + Radioterapia dependiendo del tipo histológico.

◆ T4: Exenteración de la órbita.

Abordaje craneofacial: si hay infiltración del espacio perineural, huesos de la órbita, cavidad nasal, senos perinasales y SNC.

Persistencia tumoral: *En casos de bordes de sección quirúrgica comprometidos debe evaluarse con el patólogo el grado de compromiso para decidir: Reintervención (de preferencia) o la irradiación del lecho quirúrgico.*

Teleterapia o Braquiterapia: en dependencia del tipo histológico y margen quirúrgico de resección. Preferible comenzar entre los 15 y 21 días del postoperatorio .

Es el tratamiento opcional para casos de tumores no resecables.

Braquiterapia: Las márgenes dependen del tamaño de la fuente- 60 Gy.

Teleterapia: 60 Gy. Rt externa superficial y profunda (en caso de los tumores terebrantes que infiltren partes blandas y huesos)

Quimioterapia

Puede ser usada neoadyuvante, adyuvante o como tratamiento paliativo.

Monoquimioterapia: Cisplatino 100 mg/m^2 EV c/ 21 días. (6 ciclos).

Fundamentalmente como adyuvante en carcinomas terebrantes, ó como tratamiento paliativo en caso de tumores recidivantes que hayan recibido los esquemas de tratamiento oncoespecificos.

Pronóstico

- ◆ Inicialmente definido por el estadio clínico.
- ◆ Otros factores como :
 - Margen quirúrgico comprometido o no.
 - Características histológicas como grado de necrosis tumoral, número de mitosis por campo y vascularización.
 - Localización del tumor.

Seguimiento

Consulta 10 días post-operatorio para diagnóstico histológico final de la pieza quirúrgica y evaluación de los bordes de sección quirúrgica (B.S.Q.)

Concluido el tratamiento definitivo se seguirá:

- Cada 3 meses por 3 años.
- Cada 6 meses por 2 años.
- Anual de por vida en caso de carcinomatosis múltiples y etapas clínicas T3 y T4.

Cuidados paliativos

- ◆ Uso de medios de protección contra el sol: gafas, sombrillas, ropas de mangas largas, etc.
- ◆ Retirar todo tipo de lesión premaligna para evitar su malignización.
- ◆ Realizar chequeo periódico del paciente.

FIN