

Tumores palpebrales benignos

Benign palpebral tumors

N. Ibáñez Flores, X. Graell Martín, C. Mendoza

Resumen

En este capítulo se expondrán los tumores palpebrales benignos más frecuentes, sus características clínicas e histopatológicas, así como su tratamiento quirúrgico más adecuado.

Resum

En aquest capítol s'exposaran els tumors palpebrals benignes més freqüents, les seves característiques clíniques i histopatològiques, així com el seu tractament quirúrgic més adequat.

Abstract

In this chapter we will discuss the most frequent benign palpebral tumors, their clinical and histopathological characteristics, as well as their most appropriate surgical treatment.

2.1. Tumores palpebrales benignos

Benign palpebral tumors

N. Ibáñez Flores^{1,2}, X. Graell Martín^{1,3}, C. Mendoza¹

¹Institut Català de Retina. Barcelona.²Universitat Internacional de Catalunya. UIC. Barcelona. ³Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat. Barcelona.

Correspondencia:

Nuria Ibáñez Flores
E-mail: danuria1975@gmail.com

Introducción

Los tumores palpebrales son las neoplasias más frecuentes de la oftalmología¹. Los párpados están compuestos de cuatro capas: la piel con su tejido subcutáneo que incluye los anejos, el músculo estriado (músculo orbicular), el tarso con las glándulas de Meibomio y la conjuntiva tarsal. Tanto los tumores benignos del párpado como los malignos pueden crecer en cualquiera de estas capas.

La mayoría de los tumores son de origen cutáneo, de la epidermis, y a su vez se dividen en tumores epiteliales y tumores melanocíticos. Las lesiones más frecuentes son las tumoraciones epiteliales benignas, las lesiones quísticas, las lesiones melanocíticas benignas y el carcinoma de células basales (CBC, el tumor palpebral maligno más frecuente) y representan el 85% de todos los tumores palpebrales. Las tumoraciones de los anejos y del estroma son menos frecuentes².

Los tumores benignos son muy habituales y su frecuencia aumenta con la edad. Su extracción generalmente se practica por motivos cosméticos, ya que la mayoría son asintomáticos, a excepción de los que se sitúan en el borde libre palpebral o en la unión mucocutánea. En dicha zona ocasionan una irritación

ocular con lagrimeo, mucosidad e incluso afectación visual, pues presenta una secreción excesiva o un cierre anormal palpebral³.

Lo primero que hay que plantearse para tratar cualquier tumor de los párpados es establecer un diagnóstico de presunción. El objetivo principal es descartar la malignidad, y si se sospecha, deberá ser extirpada por un especialista en oculoplástica. Se asegurará un margen oncológico apropiado³ y deberá ser corroborado por el análisis anatomicopatológico.

Existen numerosos estudios que han tenido como propósito determinar si los hallazgos clínicos se correlacionan con los histopatológicos, cuando se realiza un diagnóstico certero de las lesiones palpebrales. La mayoría de los estudios son retrospectivos, y concluyen que hay un error clínico correlacionado con el histopatológico que oscila entre un 1,1 y un 5% en médicos expertos⁴. Por todo ello, es importante conocer las características de las lesiones palpebrales, tanto benignas como malignas, para disminuir al máximo la posibilidad de un error clínico⁵.

Existen muchas clasificaciones de las tumoraciones palpebrales. En este capítulo se realiza una clasificación de los tumores benignos, según su origen, y se describen con brevedad los más comunes.

Clasificación

Los tumores del estroma y de los anejos son menos frecuentes. Otros como los linfoides, los hamartomas y los coristomas, inflamatorios e infecciosos, que simulan tumores neoplásicos, son menos comunes (Tabla 1).

Tabla 1. Los tumores se clasifican de acuerdo a su origen y se comentan los tipos más comunes, de los cuales se explican con brevedad los más frecuentes en la práctica clínica.

Categoría	Subtipos	Tipos más comunes en la práctica clínica
Tumores epidérmicos	Tumores no melanocíticos	Papiloma epidermoide Queratosis seborreica Queratoacantoma Quiste epidérmico Premalignos: Queratosis actínica Enfermedad de Bowen
	Tumores melanocíticos	Pecas (efélides) Lentigo simple Lentigo solar Nevus congénitos Nevus adquiridos
Tumores de los anejos	Tumores de glándulas sebáceas	Quiste de Zeiss Quiste de glándula de Meibomio
	Tumores de glándulas sudoríparas	Quiste de Moll Siringoma Hidrocistoma
	Tumores del folículo piloso	Pilomatricoma Tricoepitelioma Tricolemoma Pilomatrixoma
Tumores estromales	Tumores vasculares	Hemangioma capilar Nevus flameos ("mancha de vino de Oporto") Hemangioma cavernoso Sarcoma de Kaposi Granuloma piógeno
	Tumores de tejido fibroso Tumores fibrohistiocíticos Tumores lipomatosos Tumores de músculo liso Tumores de músculo estriado Tumores perivasculares Tumores neurales Tumores linfoides, plasmocitarios y leucémicos Tumores de cartílago y hueso Hamartomas y coristomas Tumores de la unión palpebral	
Otros	Secundarios, metastásicos e inflamatorios o infecciosos que simulan una neoplasia	

Tumores epiteliales

Tumores epiteliales benignos (epidermis)

Papiloma epidermoide

El papiloma de células escamosas o pólipos fibroepitelial es un trastorno muy habitual, de aspecto clínico variable, pero con

signos histológicos comunes. Se puede presentar como una lesión pedunculada de base estrecha o con base sésil, con una superficie que recuerda a una frambuesa, o bien como una lesión filiforme hiperqueratósica similar a un cuerno cutáneo (Figura 1).

La histología muestra proyecciones digitales de tejido conjuntivo fibrovascular, cubiertas por un epitelio escamoso, hiperqueratósico y acantósico irregular. El diagnóstico diferencial incluye la verruga vírica, la queratosis seborreica y los nevus intradérmicos⁶.

Queratosis seborreica

Sus formas son: hiperqueratósicas, acantósicas, reticuladas o adenoides, clonales o en nido, y la forma es intraepitelial.



Figura 1. Cuerno cutáneo en un papiloma epidermoide de borde palpebral superior.



Figura 2. Queratosis seborreica papilomatosa en el párpado superior derecho.

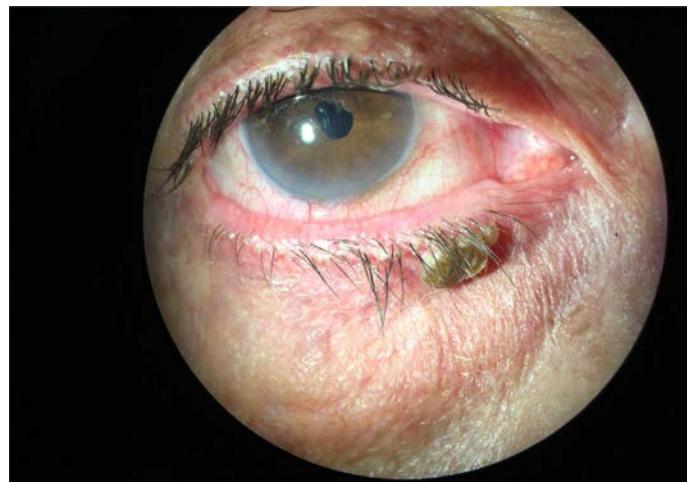


Figura 3. Queratosis seborreica en forma de placa, en el párpado inferior derecho de un paciente senil.



Figura 4. Queratosis seborreica extensa de coloración marronácea, en el párpado inferior izquierdo.

La queratosis seborreica, también conocida como verruga seborreica, senil o papiloma basocelular, es una lesión de color marrón con una superficie verrucosa friable, de crecimiento lento, que se puede encontrar en la cara, en el tronco y en las extremidades, por lo general, de personas ancianas (Figuras 2-6).

La histología muestra la expansión del epitelio escamoso de la epidermis causada por una proliferación de células basales. La epidermis acantósica puede mostrar inclusiones quísticas llenas de queratina: quistes córneos dentro de la masa o invaginaciones de queratina superficial que forman quistes seudocárneos.



Figura 5. Queratosis seborreica papilomatosa hiperqueratósica, en el párpado inferior y superior.



Figura 6. Queratosis seborreica activada, con inflamación liquenoide. Marcada hiperqueratosis, con formación de cuerno cutáneo.

El diagnóstico diferencial incluye lesiones pigmentadas, como el carcinoma basocelular pigmentado, los nevus y el melanoma.

Queratoacantoma

El queratoacantoma es una lesión única, que presenta un cráter central lleno de queratina y tiene un cordón periférico. Se origina en las glándulas pilosebáceas. La mayoría de ellos se presentan en la cabeza y en la cara, y afectan sobre todo a las zonas del cuerpo de personas mayores expuestas al sol, con más frecuencia en varones. Su rápido crecimiento, que va desde semanas hasta meses, suele preocupar al paciente.

A menudo es muy voluminoso, incluso puede llegar a tener varios centímetros de diámetro. A pesar de ello, involuciona en general de manera espontánea (de 4 a 6 meses) y deja una cicatriz atrófica. Resulta posible la recidiva, pero no es invasivo y no metastatiza. El diagnóstico es a menudo difícil y requiere de una biopsia que comprende, al menos, el borde de la lesión y el tejido sano adyacente. Además, se ha descrito la asociación con el carcinoma espinocelular o escamoso. Lo que lo diferencia de dicho carcinoma es, entre otras cosas, que su crecimiento es mucho más rápido.

El examen histopatológico de la lesión suele mostrar un epitelio escamoso bien diferenciado, con un ligero grado de pleomorfismo desde la capa basal hasta la queratina superficial. El diagnóstico de queratoacantoma es a menudo difícil. De hecho, aunque sea benigno, se recomienda su exéresis con control histológico^{6,7}.

Quiste epidérmico

Es un nódulo subcutáneo, inflamado a menudo, centrado por un orificio puntiforme a través del cual puede exprimirse un material blanquecino o amarillento de olor fétido. Puede ser simple o múltiple. Aparece sobre todo en regiones seborreicas, dentro del marco de un acné vulgar o noduloquístico.

El quiste epidermoide recibe a veces el nombre erróneo de quiste sebáceo, pero su contenido está formado por queratina y no por material sebáceo (Figuras 7-9)².



Figura 7. Quiste epidérmico en el párpado superior derecho en un tercio temporal de gran tamaño. Su contenido es de queratina y no de grasa.



Figura 8. Quiste epidérmico en el canto lateral del ojo izquierdo.



Figura 10. Queratosis actínica en la piel del párpado superior izquierdo, en un paciente senil.



Figura 9. Paciente con múltiples quistes epidérmicos palpebrales, tanto superiores como inferiores.



Figura 11. Queratosis actínica en la región malar de la piel del párpado inferior izquierdo, en un paciente de edad avanzada.

Tumores epiteliales premalignos

Queratosis actínica, solar o senil

La queratosis actínica (QA) es una lesión cutánea premaligna, precursora de un carcinoma de células escamosas. Aproximadamente un 60% de los carcinomas escamosos se desarrollan sobre la QA. Muchos la consideran un verdadero carcinoma escamoso cutáneo *in situ* (CEC *in situ*), ya que comparten características morfológicas y cambios citogenéticos. Ambos procesos tienen en común la atipia de los queratinocitos y las alteraciones genéticas, entre las que destacan las mutaciones del gen supresor tumoral

p53, considerado el “guardián del genoma”, crucial para inducir la apoptosis.

Se presenta como máculas o pápulas, eritematosas, descamativas e hiperqueratósicas, sobre superficies cutáneas con exposición solar continuada. Suelen ser menores de 1 cm, aunque pueden confluir formando verdaderas placas eritematodescamativas (Figuras 10 y 11)⁸. Se considera sugestiva de transformación maligna la presencia de telangiectasias, la atrofia y las alteraciones en la pigmentación, pero la confirmación deberá ser histológica⁹.

Desde el punto de vista histológico, muestran queratinocitos desorganizados y atípicos que predominan en los estratos basales de la epidermis (displasia queratinocítica basal), pleomorfismo y núcleos grandes, hiperchromáticos, disqueratósicos y apoptóticos. La dermis superficial suele mostrar un infiltrado linfoide, más o menos denso, acompañado de elastosis solar⁸.

El tratamiento de las lesiones aisladas consiste en crioterapia, electrocoagulación, curetaje y 5-fluorouracilo (5-FU) 0,05% + ácido salicílico al 10%⁸.

Enfermedad de Bowen: carcinoma escamoso in situ

La enfermedad de Bowen es un carcinoma epidermoide *in situ* en el que existen cambios displásicos en todo el espesor de la epidermis, sin que estos lleguen a sobrepasar la membrana basal. Afecta, por lo general a personas de piel clara, con más de 60 años de edad, que han sufrido exposición solar crónica. Clínicamente se caracteriza por unas pápulas y placas solitarias o múltiples, eritematodescamativas, que se pueden diferenciar con dificultad de la queratosis actínica. La presencia de áreas de telangiectasias, atrofia cutánea y cambios de pigmentación de la piel, suelen ser signos que apoyan la posible progresión y malignización de las lesiones^{8,9}.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con las dermatosis crónicas, la psoriasis, el ecema crónico, el carcinoma basocelular superficial y la enfermedad de Paget cutánea. Solo un 5% de los casos progresa hacia un carcinoma epidermoide invasor.

El tratamiento de elección de la enfermedad de Bowen es la intervención quirúrgica con escisión de la lesión, aunque existen otras alternativas como la quimioterapia tópica con 5-fluorouracilo e imiquimod, la criocirugía y, más recientemente, la terapia fotodinámica.

Tumores de los anejos

Pueden clasificarse como lesiones quísticas, malignas o benignas. Se originan de los folículos pilosos, glándulas sudoríparas, glándulas sebáceas y glándulas lagrimales accesorias. Pueden producirse por trauma, obstrucción ductal, cirugía o por procesos inflamatorios.

Tumores de las glándulas sebáceas

Quiste de Zeiss

El quiste de Zeiss es un quiste pequeño, blanquecino y no translúcido en el borde palpebral anterior, que se origina en glándulas



Figura 12. Quiste de Zeiss en el margen palpebral inferior del párpado derecho, de coloración blanquecina amarillenta, que crece entre las pestañas.

sebáceas obstruidas conectadas con el folículo de la pestaña (Figura 12).

Quiste de glándula de Meibomio y chalación

Es una lesión inflamatoria lipogranulomatosa de las glándulas sebáceas de los párpados, es más común en las de Meibomio. Se presenta como una tumoración con leve hiperemia y dolor a la digitopresión. Puede romperse hacia la conjuntiva o hacia la piel (Figuras 13-16). Puede imitar a varias neoplasias, como el carcinoma de células sebáceas.

Microscópicamente muestra formación de granulomas, cada una con un centro claro que representan los glóbulos lipídicos. Están compuestas con células epiteliales y células gigantes multinucleadas, entremezcladas con células inflamatorias. Por lo general, la rodea una pseudocápsula de tejido conectivo.

Tumores de las glándulas sudoríparas

Hidrocistoma, quiste de Moll

Los hidrocistomas ecrinos y apocrinos son lesiones quísticas que forman tumores benignos de las glándulas sudoríparas de la piel que, con frecuencia, se encuentran en la región de la cabeza y el cuello.

Los hidrocistomas ecrinos son quistes pequeños y tensos de paredes delgadas, que varían de 1 a 6 mm de diámetro, y pueden presentarse como lesiones únicas o múltiples (Figura 17). Predominan en mujeres adultas y de localización palpebral y malar.



Figura 13. Quiste de la glándula de Meibomio interno en la zona central del párpado inferior izquierdo, en un paciente joven.



Figura 16. Quiste de la glándula de Meibomio, externalizado en el párpado inferior, con una descamación cutánea superficial.

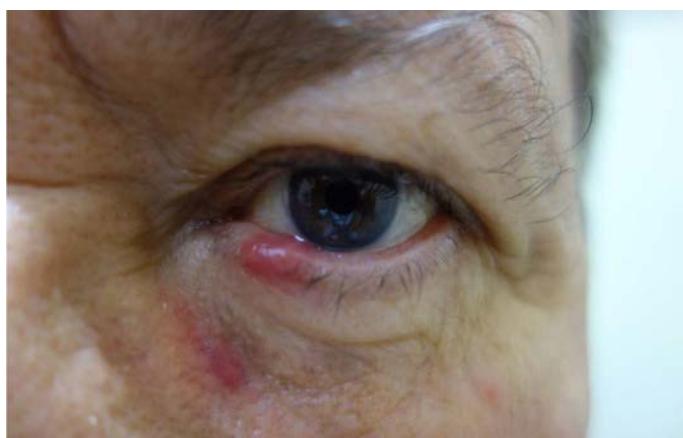


Figura 14. Quiste de la glándula de Meibomio en el borde palpebral inferior, en el tercio nasal.



Figura 17. Hidrocistoma ecrino en el canto externo del párpado inferior derecho.



Figura 15. Quiste de la glándula de Meibomio de gran tamaño, en el tercio temporal, que produce una ptosis palpebral mecánica.

Los hidrocistomas apocrinos surgen de la proliferación de las glándulas apocrinas. Son solitarios, con un diámetro de 3 a 15 mm. Se encuentran principalmente en la cabeza y el cuello, y a lo largo del margen del párpado, cerca del canto interno (Figura 18).

Suelen ser asintomáticos. No desaparecen hasta que se elimina su cápsula de manera quirúrgica. El diagnóstico diferencial debe hacerse con quistes de inclusión epidérmicos, quistes mucoideos, hemangiomas y linfangiomas. Hay que dedicar especial atención a ciertos tipos de hidrocistomas apocrinos, ya que su semejanza con el carcinoma basocelular hace necesaria la realización de una biopsia para su confirmación¹⁰.



Figura 18. Hidrocistoma apocrino palpebral en el párpado superior.

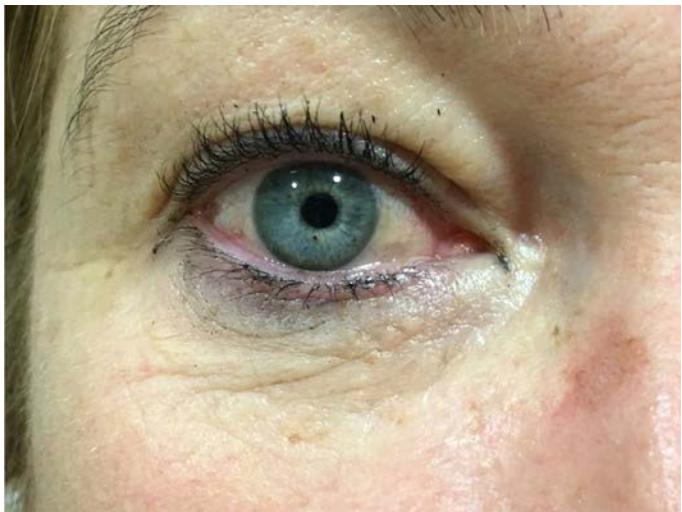


Figura 19. Siringomas múltiples en la piel del párpado inferior derecho.

Siringomas

El siringoma es un tumor benigno secundario al crecimiento excesivo de las glándulas sudoríparas. Se observa como pequeñas tumoraciones redondeadas de coloración de la piel o amarillenta, por lo general múltiples, situadas alrededor de los párpados, y suele afectar a los párpados inferiores (Figura 19). También pueden aparecer en la frente, en la parte superior de las mejillas, en las axilas, el pecho, el abdomen inferior o los genitales.

Su aspecto se puede confundir con xantelasmas, tricoepiteliomas y con cáncer de células basales de la piel. Suelen ser benignos¹¹.

Tumores del folículo piloso

Tricoepitelioma

Suelen ser benignos. Tienen su origen en el folículo piloso. Pueden aparecer: solitarios, adquiridos en las edades adultas; o múltiples, suele ser de carácter hereditario en los niños y adolescentes. Aparecen como nódulos firmes no ulcerados del color de la piel.

Tricolemoma

Se desarrolla de las capas externas del folículo piloso en los adultos. Aparecen como pequeños nódulos con pápulas del color de la piel o como lesiones verrugosas con superficie irregular que pueden confundirse con verrugas vulgares o cuernos cutáneos.

Pilomatricoma

Es una lesión de crecimiento lento, solitario, quístico, de color rosado o púrpura, en la zona subcutánea. Se origina de la matriz celular del pelo, y en los jóvenes, suele aparecer en el párpado superior o en la ceja.

Tumores de origen melanocítico

Las lesiones melanocíticas de la piel son comunes, y todas se derivan de la cresta neural. Pueden originarse desde la epidermis, la dermis o desde un nevus previo. La localización de estas células melanocíticas ofrecen diferentes aspectos clínicos.

Pecas (efélides)

Son pequeños puntos marrones sobre la piel expuesta al sol, incluye a los párpados, que se oscurecen de forma característica con la exposición de la luz solar, y se aclaran con la ausencia del sol. Desde el punto de vista histológico, se encuentra una hiperpigmentación de la capa de células basales.

Lentigo simple

Son pequeñas lesiones planas de coloración marrón oscuro, clínicamente indistinguible del nevus de la unión. No se relaciona con la exposición solar y, desde el punto de vista histológico, muestra un aumento del número de melanocitos basales, con elongación de sus crestas y melanófagos dispersos en la dermis superficial (Figura 20).

Lentigo solar

Estas lesiones son de color marrón claro u oscuro. Se desarrollan en áreas crónicamente expuestas al sol, como la espalda, el dorso de la mano y en pacientes caucásicos mayores en un 90% de los casos. Pueden aparecer en los párpados. Como sucede en el



Figura 20. Léntigo simple. Son manchas marronáceas que pueden aparecer sobre la piel palpebral.

lentigo simple, muestran histológicamente un incremento en el número de melanocitos en las células basales y una elongación de sus crestas, y exhiben una tortuosidad irregular.

Nevus melanocíticos adquiridos

Los nevus melanocíticos junturales, compuestos e intradérmicos, representan estadios evolutivos distintos del mismo proceso, cuya historia natural clínica se corresponde con su evolución histopatológica. Los nevus melanocíticos intradérmicos son pápulas hemisféricas de superficie lisa o papilomatosa, de tacto duro, a veces blando, pero elástico y poco o nada pigmentadas. Además, por su aspecto en la superficie, se han denominado verrucosos, cerebriformes, polipoides, en mora, etc. (Figuras 21-25). Su extirpación quirúrgica se realiza la mayoría de las veces con un afeitado de la lesión. Después se envía la muestra a anatomía patológica, para que realicen su estudio y su confirmación diagnóstica.

Nevus congénitos

Son comunes, presentes en la piel en el 1% de los recién nacidos. Pueden variar en tamaño, desde pequeños hasta gigantes, y tienen un riesgo de conversión muy bajo. Desde el punto de vista histopatológico, las células del nevus involucran una dermis profunda y un tejido subcutáneo con distribución perivascular y perifolicular.

Nevus de Ota o melanocitosis oculodérmica: ofrece una coloración azulada del párpado y de la piel periocular, que suele ser unilateral. Además presenta una coloración escleral azulada del ojo afectado. Desde el punto de vista histológico, la piel muestra una



Figura 21. Nevus melanocítico intradérmico en el párpado inferior izquierdo, en forma de mora. Crece entre las pestañas y las desplaza sin producir su caída.

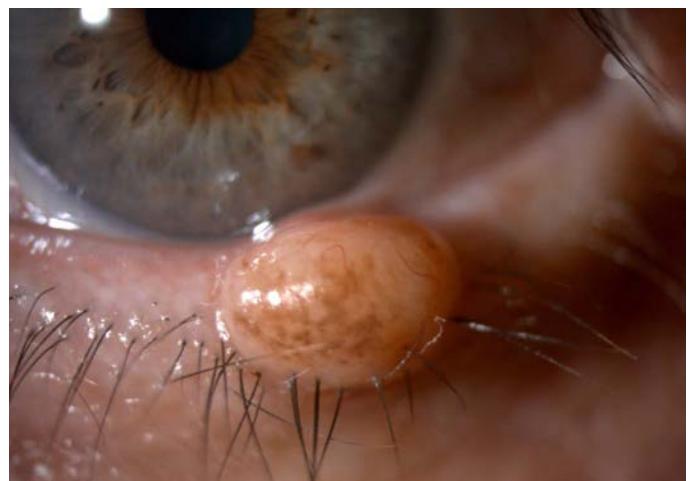


Figura 22. Nevus melanocítico intradérmico pigmentado levemente en su superficie. Está desplazando las pestañas, a diferencia de las lesiones malignas que afectan a las pestañas, provocando su caída.

proliferación dendrítica y melanocitos poliédricos en la dermis. La úvea también muestra una proliferación de melanocitos, que suponen un pequeño riesgo de desarrollar melanoma cutáneo y uveal.

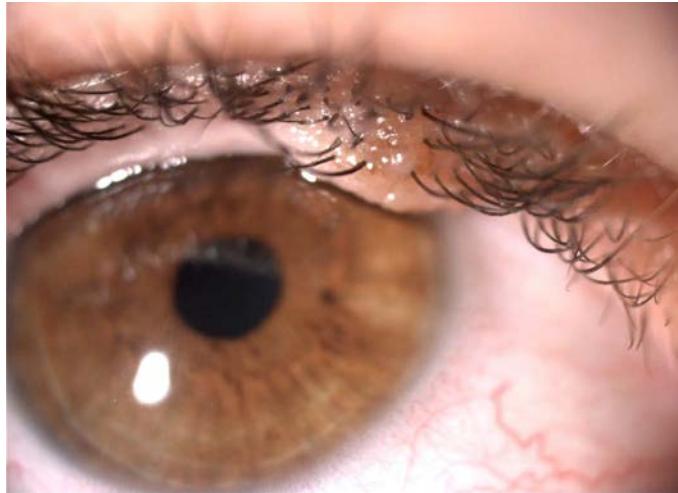


Figura 23. Nevus melanocítico intradérmico en el margen palpebral superior, de aspecto verrucoide.



Figura 25. Nevus melanocítico intradérmico pigmentado en el margen palpebral superior del párpado izquierdo.



Figura 24. Nevus melanocítico intradérmico de pequeño tamaño en el margen palpebral. En este estadio son asintomáticos.

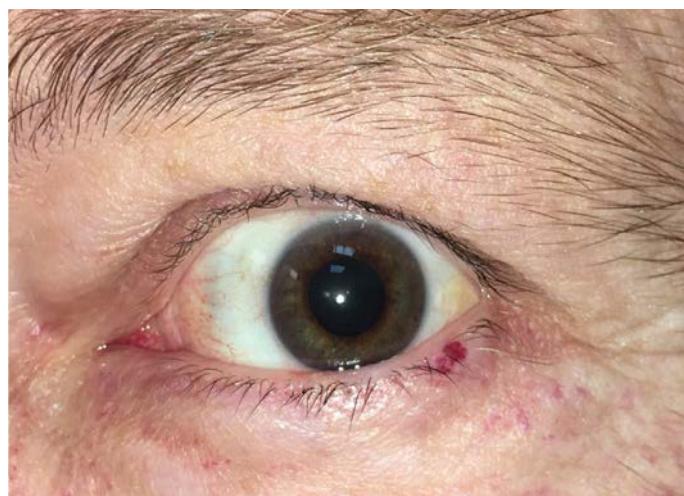


Figura 26. Restos de un hemangioma palpebral del párpado inferior en un adulto.

Tumores vasculares

Los tumores vasculares pueden ser lesiones hamartomatosas congénitas, como los hemangiomas capilares, los nevus flameos y las malformaciones arteriovenosas, o adquiridas, como es el caso del hemangioma cavernoso y el tejido de granulación.

Hemangioma capilar

El hemangioma capilar es el tumor vascular más común del párpado. Suele ser congénito, y se manifiesta al nacer o durante las dos primeras semanas de vida. Tiene un crecimiento rápido durante los primeros 6-12 meses, y después se estabiliza. Por norma general, involuciona hasta la edad de 4 a 7 años. Puede involucrar conjuntiva y órbita (Figura 26).

Clínicamente tiene dos variantes: el superficial y el profundo. Los superficiales se localizan en la epidermis y la dermis, son elevados, de color rojizo o púrpura y tienen una consistencia suave, con invaginaciones superficiales, de ahí el nombre de "nevus en fresa". Blanquean con la digitopresión, y es común la afección del margen palpebral. La variante profunda se encuentra en el tejido subcutáneo, es de coloración azulada y de tamaño variable: puede ser desde una pequeña lesión palpebral hasta una lesión periocular.

Otros

Xantelasmias

Los xantelasmias son pápulas y placas de color amarillento, causadas por el acúmulo localizado de depósitos de lípidos observados,

en su mayoría, en los párpados, con mayor frecuencia, en los superiores (Figuras 27 y 28).

Aunque el mecanismo patogénico exacto no se conoce por completo, el xantelasma cutáneo representa el depósito de tejido conectivo fibroproliferativo asociado a histiocitos cargados de lípidos, también conocidos como células espumosas. Desde el punto de vista histológico, estas células espumosas se suelen encontrar en las capas media y superficial de la dermis, en localizaciones perivasculares y perianexiales, con fibrosis e inflamación asociadas.

Se puede asociar a la hiperlipidemia primaria, en la que se elevan las lipoproteínas de baja densidad (LDL), así como a la secundaria, aunque también pueden ser normolipídicos.

Los xantelasmás palpebrales son, por lo general, asintomáticos siendo el tratamiento mayormente cosmético, mejorando el aspecto psicológico del paciente en xantelasmás múltiples y muy extensos.

La exéresis quirúrgica, junto con la plastia palpebral, es el tratamiento empleado de manera más habitual por los cirujanos oculoplásticos. Se han descrito otros tratamientos, como el ácido tricloroacético y la ablación con múltiples láser (Nd:YAG, Er:YAG, láser de diodo, láser de argón, etc.), y el de CO₂ es el estándar actual. Existen otros múltiples tratamientos para su eliminación con poca evidencia sólida en las publicaciones médicas.

Diagnóstico

Con la práctica clínica se aprende a distinguir y a diagnosticar la mayoría de las tumoraciones palpebrales benignas, tanto por su morfología característica como por su localización en el párpado. A pesar de ello, es necesario un estudio anatopatológico complementario de la pieza quirúrgica, para poder tener un diagnóstico de certeza y descartar con total seguridad la ausencia de malignidad.

Tratamiento

La mayor parte de estos tumores no requieren tratamiento por el hecho de ser benignos, pero en el caso de que produzcan molestias, que existan dudas diagnósticas, que sean lesiones premalignas, o bien el paciente lo solicite por fines cosméticos, se puede realizar un tratamiento que, generalmente, va a ser quirúrgico.



Figura 27. Xantelasmás en placa en la zona nasal de ambos párpados superiores.

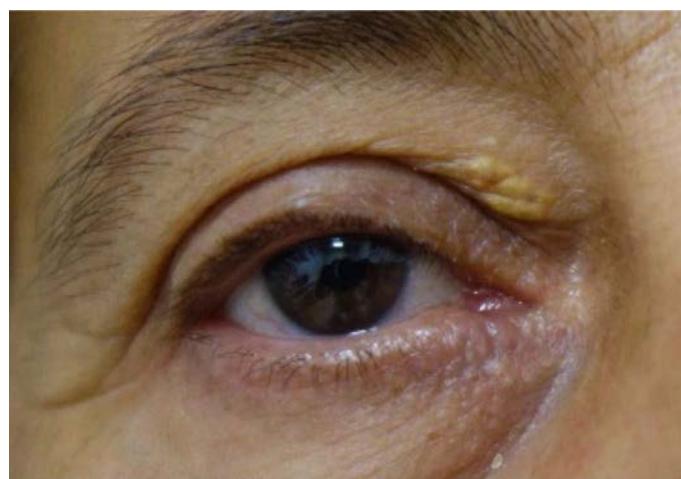


Figura 28. Xantelasma del párpado superior derecho.

Conclusión

La mayor parte de las lesiones en los párpados son benignas, pero pueden provenir de los diferentes tejidos presentes en los mismos, por lo que la variedad de dichas lesiones es muy grande. Por ello, el diagnóstico correcto va a depender del conocimiento que el oftalmólogo tenga de estas enfermedades, y de su capacidad de detectar una posible malignidad.

Por lo tanto, lo fundamental en el diagnóstico de las lesiones palpebrales es descartar la malignidad. Ante una lesión palpebral, siempre se debe sospechar una malignidad cuando la lesión sea perlada, presente telangiectasias, ulceración, produzca una irregularidad del margen palpebral, produzca madarosis, esté indurada o adherida a planos profundos, o bien exista un crecimiento rápido con cambios de pigmentación en la piel y existan asimetrías. Ante estos casos siempre se deberá realizar una biopsia para la confirmación histológica. Si no existen características de malignidad, lo

más probable es que la lesión sea benigna. Ante la duda, siempre se realizará una escisión quirúrgica y un análisis histológico, para confirmar el origen y la benignidad o no de la lesión.

Bibliografía

1. Deprez M, Uffer S. Clinicopathological features of eyelid skin tumors. A retrospective study of 5504 cases and review of literature. *Am J Dermatopathol.* 2009;31:256-62.
2. Pe'er J. Pathology of eyelid tumors. *Indian J Ophthalmol.* 2016;64(3):177-90.
3. Gómez C, Herrera M, Falcón I, Agramonte I. Tumores benignos de los párpados. *Rev Cubana Oftalmol.* 2001;14(2):125-8.
4. Mohite AA, Johnson A, Rathore DS, Bhandari K, Crossman R, Mehta P, et al. Accuracy of clinical diagnosis of benign eyelid lesions: Is a dedicated nurse-led service safe and effective? *Orbit.* 2016;35(4):193-8.
5. Kersten RC, Ewing-Chow D, Kulwin DR, Gallon M. Accuracy of clinical diagnosis of cutaneous eyelid lesions. *Ophthalmology.* 1997; 104(3):479-84.
6. Adenis JP, Sabatier A, Robert PY. Les tumeurs des paupières des personnes âgées. *J Fr Ophtalmol.* 2006;29:687-93.
7. Omar E. Recurrent facial keratoacanthoma in a patient with diabetes: a case report. *BMC Res Notes.* 2014;7:257.
8. Carmena-Ramón R, Mateu-Puchades A, Santos-Alarcón S, Lucas-Truyols S. Actinic keratoses: New concept and therapeutic update. *Aten Primaria.* 2017;49(8):492-7.
9. Figueras Nart I, Cerio R, Dirschka T, Dréno B, Lear JT, Pellacani G, et al. Defining the actinic keratosis field: a literature review and discussion. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32(4):544-63.
10. Sarabi K, Khachemoune A. Hidrocystomas -- A brief review. *Med Gen Med.* 2006;8(3):57.
11. Ciarloni L, Frouin E, Bodin F, Cribier B. Syringoma: A clinic pathological study of 244 cases. *Ann Dermatol Venereol.* 2016;143(8-9):521-8.
12. Laftah Z, Al-Niaimi F. Xanthelasma: An update on treatment modalities. *J Cutan Aesthet Surg.* 2018;11(1):1-6.