

Precisión diagnóstica de la evaluación clínica de lesiones palpebrales

María Daniela Rosales, Amalia A. Ascarza

Servicio de Oculoplastia, Hospital Oftalmológico Santa Lucía, Buenos Aires, Argentina.

Recibido: 17 de julio de 2017.

Aprobado: 10 de noviembre de 2017.

Correspondencia

Dra. María Daniela Rosales
Hospital Oftalmológico Santa Lucía
Av. San Juan 2021
1232 Buenos Aires
Teléfono: 011 4127-3100
mariadanielarosales@hotmail.com

Oftalmol Clin Exp (ISSN 1851-2658)
2017; 10(4): 124-133.

Resumen

Objetivo. Valorar la precisión diagnóstica del examen clínico de lesiones palpebrales confirmado por anatomopatología.

Método. Evaluación prospectiva de pacientes consecutivos que concurrieron al Servicio de Oculoplastia del Hospital Oftalmológico Santa Lucía con lesiones palpebrales durante el período marzo de 2016 hasta febrero de 2017 (12 meses). Se clasificaron en dos grupos según la sospecha clínica de benignidad (grupo 1) o malignidad (grupo 2). Se realizó toma de biopsia escisional y evaluación anatomopatológica a todos los pacientes con el fin de confirmar la presunción diagnóstica. Los diagnósticos clínicos del grupo 1 (lesiones benignas) se compararon con el resultado de la anatomía patológica para verificar la precisión diagnóstica del examen clínico primario.

Resultados. Se evaluaron 75 pacientes con 78 lesiones palpebrales de las cuales 67 (85,90%) se clasificaron como clínicamente benignas y 11 (14,10%) como malignas. Luego de efectuar el diagnóstico clínico se realizó la confirmación diagnóstica por anatomía patológica. Tres casos (4,48%) fueron erróneamente clasificados como benignos, ya que la histología informó lesión contraria. Cinco lesiones clínicamente benignas (7,46%) confirmaron su benignidad por anatomía patológica pero difirieron en el diagnóstico del tipo de lesión. El tumor benigno más frecuente fue el hidrocistoma (25%) seguido por el nevus palpebral (14%).

Conclusiones. La precisión del diagnóstico clínico en la evaluación de lesiones palpebrales es elevada

para diagnosticar lesiones malignas correctamente y muy buena —pero insuficiente— para diagnosticar lesiones benignas. En este estudio, tres pacientes (4,48%) fueron clínicamente diagnosticados con lesiones benignas pero la anatomía patológica confirmó malignidad. El diagnóstico clínico debe ser siempre confirmado por anatomía patológica, aun en presencia de lesiones que presenten signos francos de benignidad. Por lo tanto, siempre que se extrae un tejido, éste debe ser analizado. La cirugía micrográfica de Mohs es el método ideal y más preciso para tal evaluación.

Palabras clave: neoplasia palpebral, patología, cirugía, diagnóstico, párpados.

Diagnostic accuracy of clinical examination of eyelid lesions

Abstract

Objective. To assess the diagnostic accuracy of clinical examination of eyelid lesions confirmed by histopathology.

Method. Prospective evaluation of consecutive patients presenting to the Oculoplasty Service of “Santa Lucía” Eye Hospital with eyelid lesions between March 2016 and February 2017 (12 months). Patients were classified into two groups according to the clinical suspicion of benignity (group 1) or malignancy (group 2). All patients underwent excisional biopsy, and histopathologic examinations were performed in order to confirm the presumptive diagnosis. Clinical diagnoses of group 1 (benign lesions) were compared to the results of histopathologic examinations to verify the diagnostic accuracy of primary clinical examination.

Results. A total number of 75 patients with 78 eyelid lesions, of which 67 (85.90%) were classified as clinically benign and 11 (14.10%), as malignant, were evaluated. Clinical diagnosis was confirmed by histopathologic results. Three cases (4.48%) were misdiagnosed as benign, since histology reported the opposite. Five lesions (7.46%) originally considered as benign by clinical examination, were confirmed as benign according to the histopathologic report but differed in the diagnosis of the type of lesion. The most common benign tumor

was hidrocystoma (25%) followed by nevus of the eyelid (14%).

Conclusions. When evaluating eyelid lesions, clinical diagnosis is highly accurate in the case of malignant ones, and very good —though insufficient— for the diagnosis of benign lesions. In this study, three patients (4.48%) were clinically diagnosed with benign lesions while histopathologic examinations evidenced malignancy. Clinical diagnosis should always be confirmed histopathologically, even in the presence of lesions with clear signs of benignancy. Therefore, tissue samples should always be collected. Mohs micrographic surgery is the ideal and most accurate method for this purpose.

Key words: palpebral neoplasia, pathology, surgery, diagnosis, eyelids.

Precisão diagnóstica da evacuação clínica de lesões palpebrais

Resumo

Objetivo. Valorar a precisão diagnóstica do exame clínico de lesões palpebrais confirmado por anatomopatologia.

Método. Avaliação perspectiva de pacientes consecutivos que concorreram ao Serviço de Oculoplastia do Hospital Oftalmológico Santa Lucía com lesões palpebrais durante o período marco de 2016 até fevereiro de 2017 (12 meses). Se classificaram em dois grupos segundo a suspeita clínica de benignidade (grupo 1) ou malignidade (grupo 2). Obteve-se biopsia excisional e avaliação anatomopatológica a todos os pacientes com o objetivo de confirmar a presunção diagnóstica. Os diagnósticos clínicos do grupo 1 (lesões benignas) se compararam com o resultado da anatomia patológica para verificar a precisão diagnóstica do exame clínico primário.

Resultados. Avaliaram-se 75 pacientes com 78 lesões palpebrais das quais 67 (85,90%) foram classificadas como clinicamente benignas e 11 (14,10%) como malignas. Logo de realizar o diagnóstico clínico se realizou a confirmação diagnóstica por anatomia patológica. Três casos (4,48%) foram erradamente classificados como benignos, já que a histologia informou lesão contrária. Cinco lesões cli-

nicamente benignas (7,46%) confirmaram sua benignidade por anatomia patológica, mas diferiram no diagnóstico do tipo de lesão. O tumor benigno mais frequente foi o hidrocistoma (25%) seguido pelo nevus palpebral (14%).

Conclusões. A precisão do diagnóstico clínico na avaliação de lesões palpebrais é elevada para diagnosticar lesões malignas corretamente e, muito boa —mais insuficiente—, para diagnosticar lesões benignas. Neste estudo, três pacientes (4,48%) foram clinicamente diagnosticados com lesões benignas, mas a anatomia patológica confirmou malignidade. O diagnóstico clínico deve ser sempre confirmado por anatomia patológica, ainda em presença de lesões apresentando signos francos de benignidade. Pelo tanto, sempre que um tecido é extraído, esse deve ser analisado. A cirurgia micrográfica de Mohs é o método ideal e mais preciso para tal avaliação.

Palavras chave: neoplasia palpebral, patologia, cirurgia, diagnóstico, pálpebra.

Introducción

Los tumores palpebrales son motivo de consulta en los servicios de oculoplastia diariamente¹. Debido a la elevada frecuencia y a la importancia en la diferenciación clínica de las lesiones benignas de las que son malignas o premalignas, el especialista está obligado a conocer su forma de presentación, características, epidemiología, localizaciones más frecuentes y, sobre todo, la elección del tratamiento más adecuado.

La anatomía palpebral está constituida por la piel, el músculo orbicular, el septum, la grasa palpebral, el músculo elevador del párpado, el músculo de Müller, la conjuntiva y las glándulas palpebrales. Debido a las múltiples estructuras que lo conforman y a la variedad de los tipos celulares pueden producirse numerosas y diversas lesiones²⁻³.

Podemos clasificar los tumores palpebrales según el tipo de agresividad en benignos, premalignos o malignos; o bien según el tipo histológico en: epidermoides, de los anejos cutáneos o de células pigmentadas³. Algunos estudios sostienen que la clasificación histopatológica de los

tumores es objeto de continua actualización, lo cual limita la comparación con publicaciones anteriores⁴.

La frecuencia relativa de varios subtipos de tumores no sólo depende del área geográfica y de la base genética de la población estudiada, sino también existe una relación entre aquella y el estatus socioeconómico y el acceso a la atención médica de esa población¹. Por lo tanto, la incidencia de tales lesiones varía en diferentes lugares del mundo y están ampliamente comunicadas en la literatura. Varios estudios sobre la frecuencia de tumores de párpados benignos indican que el papiloma⁵ o el hidrocistoma⁶ son, según los respectivos autores, los tumores palpebrales más frecuentes.

El objetivo primero de este estudio fue determinar la precisión diagnóstica del examen clínico para diferenciar las lesiones palpebrales benignas de las premalignas o malignas. Además, se realizó una descripción de la frecuencia de lesiones palpebrales en el Servicio de Oculoplastia del Hospital Oftalmológico Santa Lucía.

Materiales y métodos

Se seleccionaron todos los pacientes en forma prospectiva que concurrieron al servicio del Hospital Santa Lucía en forma consecutiva desde el 1º de marzo de 2016 hasta 28 de febrero de 2017 y que presentaban alguna lesión palpebral.

Se definió lesión palpebral a toda afectación ubicada desde el borde libre palpebral, tanto superior como inferior, hasta el reborde orbitario. Luego se clasificaron según su profundidad: aquellas que comprometen únicamente la lamela anterior, preseptales, orbitarias y de espesor completo.

Se seleccionaron los pacientes con lesiones palpebrales sin importar sus características ni el tiempo de evolución y que cumplieran con los criterios de inclusión: nódulo, quiste o tumoración localizada en el párpado, y de exclusión: lesiones localizadas por fuera del reborde orbitario o ubicados exclusivamente en la conjuntiva tarsal, pacientes con diagnósticos previos de tumor

maligno palpebral, pacientes en tratamiento por neoplasia sistémica y pacientes con sospecha de chalazión que se negaron a ser operados. Todos las personas incluidas en el estudio recibieron tratamiento quirúrgico y diagnóstico histológico de la lesión que presentaban.

Para clasificar las lesiones se realizó un examen oftalmológico externo y en lámpara de hendidura. Se prestó especial atención a la velocidad de crecimiento, la induración, el contorno de la lesión, la coloración, la presencia de telangiectasias, la madarosis, la ulceración y la distorsión de la arquitectura palpebral. Luego se clasificaron en lesiones benignas (grupo 1) o malignas y pre-malignas (grupo 2), para finalmente asignarles un diagnóstico presuntivo.

En el grupo 1 se realizó un diagnóstico presuntivo clínico de subtipo de lesión y luego se realizaron biopsias escisionales de ambos grupos con el objetivo de documentar aquellos con sospecha clínica de benignidad, diagnosticar los tumores malignos que clínicamente semejaban benignos y ratificar las lesiones clínicamente malignas.

La clasificación clínica fue determinada en todos los casos por el mismo médico en formación en oculoplastia (MDR) y fue confirmada por otro especialista en oculoplastia (AAA); mientras que la evaluación anatomopatológica fue realizada por un único anatomopatólogo. En todos los casos, las muestras se fijaron en formol al 10% para su transporte a anatomía patológica y confirmación del diagnóstico. La técnica histopatológica utilizada de rutina fue la fijación en formol, inclusión en parafina y tinción con hematoxilina-eosina. En caso de requerirlo necesario, las piezas fueron analizadas mediante otras tinciones según criterio anatomopatológico.

El estudio fue analizado y aprobado por el comité de ética del Hospital Santa Lucía.

Los pacientes del presente estudio fueron invitados a participar de manera voluntaria y se realizó el proceso del consentimiento informado luego de la explicación de los fines del estudio. El estudio cumple con los postulados de la declaración de Helsinki de 1964 y sus actualizaciones ulteriores.

Resultados

En el periodo de 12 meses comprendido desde el 1° de marzo de 2016 hasta el 28 de febrero de 2017 concurrieron 75 pacientes al servicio del Hospital Santa Lucía que consultaron por algún tipo de lesión palpebral.

Se evaluaron 78 lesiones palpebrales de las cuales 67 (85,90%) se clasificaron como clínicamente benignas y 11 (14,10%) como malignas. De las lesiones clínicamente benignas, 39 (58,21%) estaban presentes en mujeres y 28 (41,79%), en hombres. La edad media de consulta fue de 48,5 +/- 34,5 (rango etario 14 a 83 años).

Luego de realizar el diagnóstico clínico, se lo confirmó por anatomía patológica y se observaron los siguientes resultados. En dos pacientes con diagnóstico clínico de chalazión, la anatomía patológica informó carcinoma sebáceo en uno y carcinoma basocelular en otro (figs. 1 y 2). Un paciente cuya lesión fue diagnosticada clínicamente como nevus, la anatomía patológica reveló carcinoma basocelular pigmentado (fig. 3). Un paciente con diagnóstico clínico de papiloma, la anatomía patológica informó queratosis folicular invertida. Dos pacientes que presentaban un quiste dermoide fueron erróneamente diagnosticados como quistes de Zeiss. Dos pacientes que se diagnosticaron como hidrocistoma presentaban en realidad un nevus intradérmico (tabla 1).

De las 67 lesiones clínicamente benignas, 64 (95,52%) coincidieron con el diagnóstico postoperatorio o histopatológico de benignidad. Tres casos (4,48%) fueron erróneamente clasificados clínicamente como benignos (tabla 2).

Cinco lesiones (7,46%) clínicamente benignas confirmaron su benignidad por anatomía patológica pero difirieron en el diagnóstico.

Todas las lesiones clínicamente malignas se confirmaron por anatomía patológica por lo que no se evaluó la precisión de la clasificación del subtipo de lesión más allá de benigna o maligna.

El tumor benigno más frecuente fue el hidrocistoma (25%) seguido por el nevus palpebral (14%) (tabla 3).

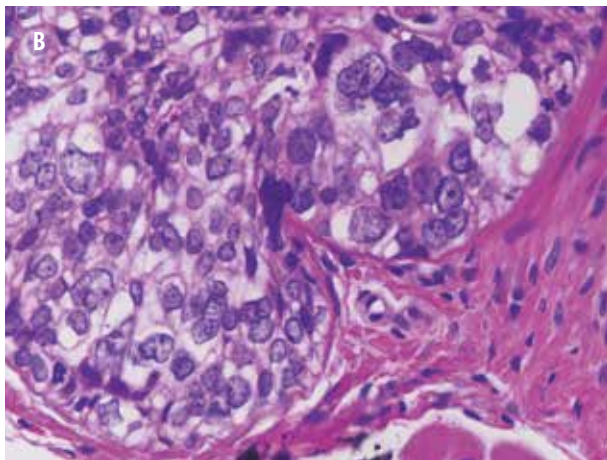


Figura 1. A) Imagen clínica B) Grupos de células medianas-grandes con núcleo vesiculoso, nucleolos prominentes y actividad mitótica evidente (carcinoma sebáceo).

Discusión

La mayoría de los estudios publicados que comparan diagnóstico clínico con anatomopatológico son trabajos retrospectivos que analizan la precisión diagnóstica de lesiones palpebrales luego de realizada la evaluación anatomopatológica⁷. Los autores creen que existen varias lesiones que no se consideran en esos estudios debido a que generalmente, cuando los pacientes consultan por lesiones clínicamente benignas, el oftalmólogo suele extirparlas sin evaluarlas histológicamente. Dado que algunos tumores malignos pueden ser incorrectamente clasificados, es importante verificar la precisión diagnóstica de este procedimiento para evitar casos de falsos negativos.

El hecho de realizar un estudio prospectivo permitió valorar objetivamente la precisión diagnóstica del examen clínico de lesiones palpebrales sin perder datos de injurias que subjetivamente se diagnosticaron como benignas.

En la práctica clínica el oftalmólogo se encuentra con diferentes lesiones que afectan el párpado, en su mayoría son benignas, pero algunos tienen potencial maligno o características malignas francas. La incidencia de tales

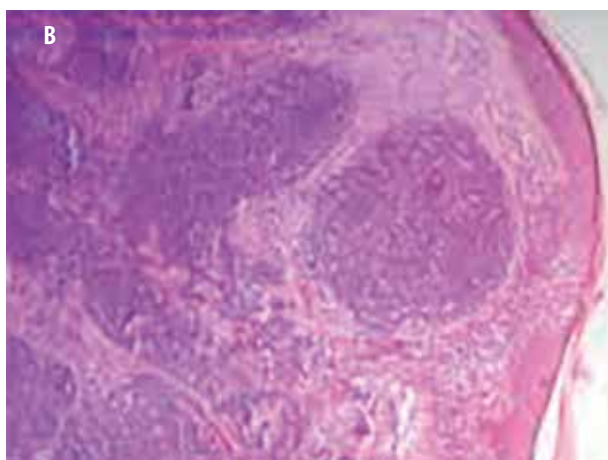


Figura 2. Imagen clínica. A) Imagen macroscópica de la lesión. B) Nódulo circunscrito formado por nidos de células basaloides.

lesiones está ampliamente reportada en la literatura⁸ y representan del 15% al 20% de todas las lesiones palpebrales y del 5% al 10% de los tumores de piel⁹.

La capacidad de enfocar el diagnóstico a través de la clínica es de suma relevancia. En este estudio, la concordancia clínico-histológica fue de 95,52%, similar a otras investigaciones reportadas^{7, 10}. En tres casos (4,48%) se clasificaron lesiones clínicamente como benignas y resultaron malignas. De tales lesiones, una sospechada de nevus correspondía a un carcinoma basocelular pigmentado. Las dos restantes fueron erróneamente diagnosticadas como chalazión y el informe histopatológico reveló carcinoma sebáceo y carcinoma basocelular.

Cinco lesiones clínicamente benignas confirmaron su benignidad por anatomía patológica, pero difirieron en el diagnóstico. Probablemente esto se debió a la variación en la presentación clínica y a la similitud semiológica de otras entidades benignas.

La variable predictiva en este estudio fue el diagnóstico clínico y la variable de resultado, el diagnóstico histopatológico final. Por lo tanto, el porcentaje de casos que habiendo sido diagnosticados como aparentemente benignos en reali-

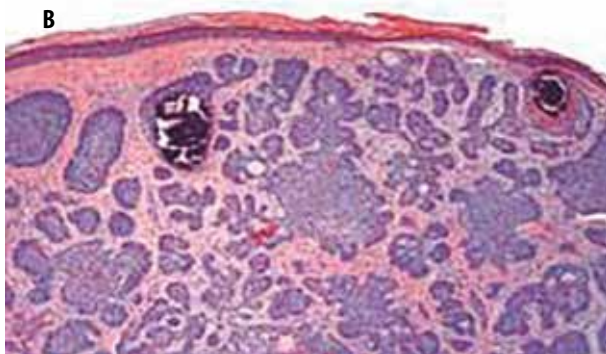
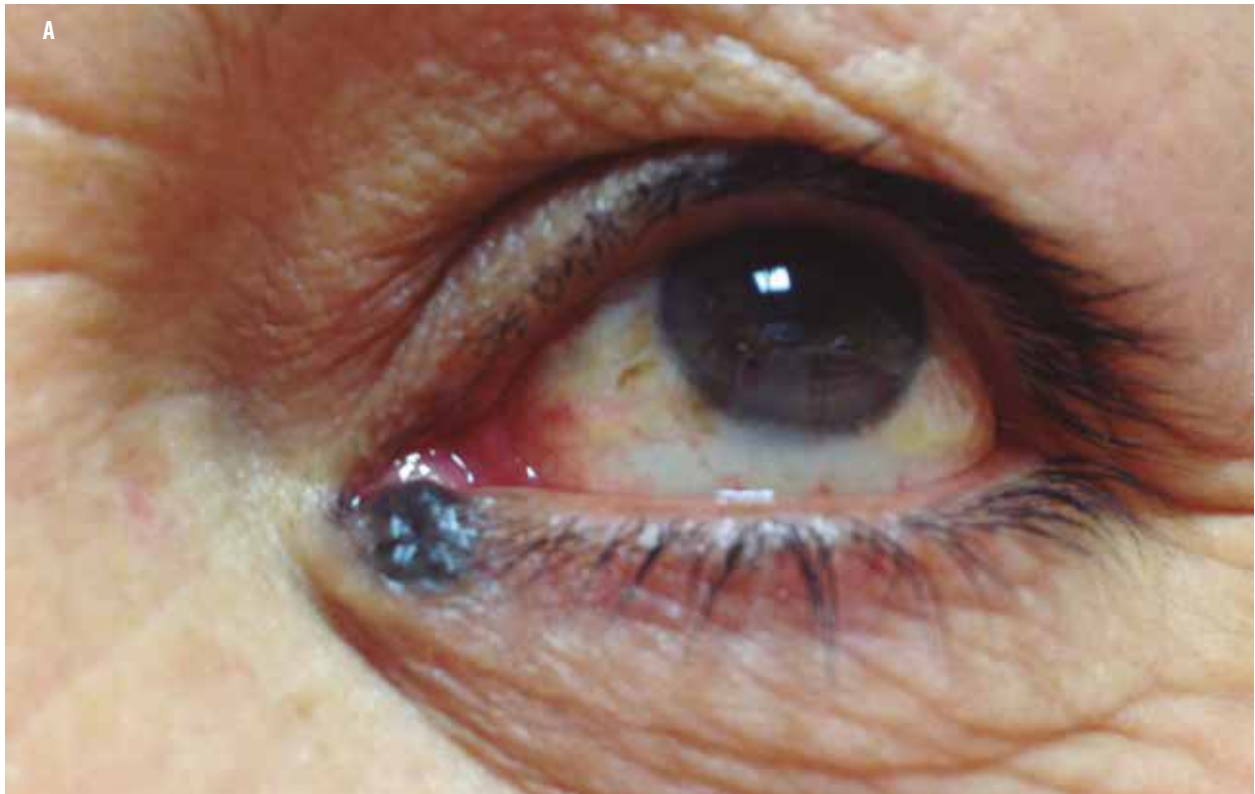


Figura 3. A) Imagen clínica. B) Melanocitos entre las células basales y las células neoplásicas que contienen cantidades variables de melanina (carcinoma basocelular pigmentado).

dad eran malignos (4,41%), relaciona estas dos variables y refleja mejor su importancia a nivel clínico. La sensibilidad de la evaluación clínica fue del 78,57% (IC95% 49,2%-95,3%) y la especificidad del 100% (IC95% 94.4%-100%) (tabla 4).

Ninguno de los tumores clínicamente clasificados como malignos tuvo diagnóstico de benignidad histopatológica. Esto difiere de otros estudios cuyo porcentaje de falsos positivos varía de 2.3%-6.4%^{7,11}.

La epidemiología de las lesiones palpebrales depende en gran medida de la situación geográfica —entre otras variables— y es así como, dependiendo del medio en que se encuentre, su frecuencia relativa varía¹. En este estudio la lesión benigna más frecuente fue el hidrocistoma (25%), resultado similar al estudio publicado por Yasser (Arabia Saudita)⁷, pero difiere de estudios publicados en otros países: Chi y Beak (Corea del Sur)¹¹ comunicaron el nevus como la lesión palpebral benigna más frecuente. Esa tumoración se presentó segunda en frecuencia (14%) en nuestro estudio. Kersten (Estados Unidos)¹², Ni (China)¹³ y Deprez y Uffer⁴ reportaron papi-

Tabla 1. Errores del diagnóstico clínico.

| DIAGNÓSTICO CLÍNICO | DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO |
|---------------------|----------------------------------|
| Chalazión | Carcinoma sebáceo |
| Chalazión | Carcinoma basocelular nodular |
| Nevus | Carcinoma basocelular pigmentado |
| Papiloma | Queratosis folicular invertida |
| Quiste de Zeiss | Quiste dermoide (x2) |
| Hidrocistoma | Nevus intradérmico (x2) |

Tabla 2. Comparación del diagnóstico clínico y anatomopatológico.

| | Benignidad | Malignidad | Total |
|----------------------------|-------------|-------------|-----------|
| Clínica | 67 (85,90%) | 11 (14,10%) | 78 (100%) |
| Anatomía patológica | 64 (82,05%) | 14 (17,95%) | 78 (100%) |

Tabla 3. Diagnósticos de benignidad de la anatomía patológica.

| Anatomía patológica | Pacientes | Anatomía patológica | Pacientes |
|------------------------------|-----------|--------------------------------|-----------|
| Hidrocistoma | 16 | Queratosis folicular invertida | 4 |
| Nevus | 9 | Quiste de Zeiss | 4 |
| Papiloma | 7 | Xantelasma | 2 |
| Chalazión | 6 | Hemangioma | 2 |
| Quiste epidérmico | 6 | Granuloma | 2 |
| Pólipo fibroepitelial | 5 | Molusco contagioso | 1 |
| | | TOTAL | 64 |

Tabla 4. Sensibilidad y especificidad del diagnóstico clínico.

| Confirmación anatomía patológica | Clínica | | Total |
|----------------------------------|------------|------------|-------|
| | Malignidad | Benignidad | |
| | Malignidad | 11 | 3 |
| Benignidad | 0 | 64 | 64 |
| Total | 11 | 67 | 78 |

Sensibilidad: 78,57%
Especificidad: 100%

Falsos negativos: 3
Falsos positivos: 0

loma como el tumor palpebral más frecuente y en nuestro estudio estuvo presente en el 11% de los pacientes (tercero en frecuencia).

Cabe destacar que, si bien el chalazión es un tumor palpebral sumamente frecuente en nuestro medio, en este estudio únicamente se incluyeron pacientes con chalazión que ya habían sido operados y cuya lesión generaba una duda diagnóstica en el oftalmólogo tratante.

Si bien en el presente estudio el diagnóstico histopatológico se realizó de manera diferida, es necesario mencionar que actualmente el método ideal y más preciso para el diagnóstico y tratamiento intraoperatorio es la cirugía micrográfica de Mohs¹⁴.

Creemos necesario destacar que el número de pacientes del estudio es bajo y, por lo tanto, carece de poder para definir con precisión la sensibilidad y especificidad de la evaluación clínica para detectar lesiones benignas o malignas.

Conclusiones

La precisión del diagnóstico clínico fue elevada para determinar correctamente lesiones malignas y muy buena pero insuficiente para evaluar lesiones benignas correctamente, ya que el 4,48% de los casos fue clínicamente diagnosticado como lesiones benignas cuando la anatomía patológica confirmó malignidad.

El tumor benigno más frecuente fue el hidrocistoma (25%), seguido por el nevus (14%) y el papiloma (11%).

Este estudio muestra que el diagnóstico clínico tiene una alta precisión pero no es suficiente para el manejo de lesiones palpebrales, ya que la potencial malignidad de alguna de ellas no permite lugar a error. Todas las lesiones palpebrales deben ser biopsiadas para obtener diagnóstico histopatológico confirmatorio, siendo la cirugía micrográfica de Mohs el método más preciso y por lo tanto, el de elección. El estudio fue desarrollado en una institución que no cuenta con esa tecnología, por lo que otra opción podría haber sido realizar biopsia por congelación y, de esta manera, obtener intraquirúrgicamente

el informe pertinente de los márgenes de seguridad por parte del patólogo.

Referencias

1. Curutchet Mesner L, Peñate Santana H, Romero Báez S, Rutllán Civit J, Medina Rivero F. Tumores palpebrales: aspectos clínicos y su correlación con la histopatología de una serie de 305 casos. *Arch Soc Canar Oftalmol* 2012; 23: 40-5.
2. Yanoff M, Fine BS. *Ocular pathology*. 5th ed. Philadelphia: C. V. Mosby, 2002, p. 641-51.
3. Kanski JJ. *Oftalmología clínica*. 6a. ed. Barcelona: Elsevier, 2010, p. 94-118.
4. 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.
5. Welch RB, Duke JR. Lesions of the lids: a statistical note. *Am J Ophthalmol* 1958; 45: 415-6.
6. Al-Faky YH. Epidemiology of benign eyelid lesions in patients presenting to a teaching hospital. *Saudi J Ophthalmol* 2012; 26: 211-6.
7. Deokule S, Child V, Tarin S, Sandramouli S. Diagnostic accuracy of benign eyelid skin lesions in the minor operation theatre. *Orbit* 2003; 22: 235-8.
8. Glatt HJ, Olson JJ, Putterman AM. Conventional frozen sections in periocular basal cell carcinoma: a review of 236 cases. *Ophthalmic Surg* 1992; 23: 6-9.
9. Harvey DT, Taylor RS, Itani KM, Loewinger RJ. Mohs micrographic surgery of the eyelid: an overview of anatomy, pathophysiology, and reconstruction options. *Dermatol Surg* 2013; 39: 673-97.
10. Deans RM, Harris GJ, Kivlin JD. Surgical dissection of capillary hemangiomas: an alternative to intralesional corticosteroids. *Arch Ophthalmol* 1992; 110: 1743-7.

11. Chi MJ, Baek SH. Clinical analysis of benign eyelid and conjunctival tumors. *Ophthalmologica* 2006; 220: 43-51.
12. Kersten RC, Ewing-Chow D, Kulwin DR, Gallon M. Accuracy of clinical diagnosis of cutaneous eyelid lesions. *Ophthalmology* 1997; 104: 479-84.
13. Ni Z. [Histopathological classification of 3,510 cases with eyelid tumor]. *Zhonghua Yan Ke Za Zhi* 1996; 32: 435-7.
14. Cook J, Zitelli JA. Mohs micrographic surgery: a cost analysis. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39: 698-703.