



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSTGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y
RECONSTRUCTIVA

TEMA:

**“RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL EN ONCOLOGÍA EN ION
SOLCA NÚCLEO DEL GUAYAS”**

AUTORA

DRA. ISABEL LEÓN A.

DIRECTOR:

DR. MARIO LEONE P.

GUAYAQUIL- ECUADOR

2015



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSTGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el /la Dra. Isabel del Rosario León Abarca, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva.

Guayaquil, a los 5 días del mes de enero año 2015.

DIRECTOR DE LA TESIS:

Dr. Mario Leone Pignataro

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Jorge Palacios Martínez

REVISOR:

Dr. Xavier Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSTGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORIZACION:

Yo, Isabel del Rosario León Abarca.

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de tesis de Especialización titulado: **RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL EN ONCOLOGÍA EN ION SOLCA NÚCLEO DEL GUAYAS**”, cuyo contenido, ideas y criterios son de exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 5 días del mes de enero de 2015.

EL AUTOR:

Isabel del Rosario León Abarca



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSTGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Isabel León Abarca

DECLARO QUE:

El Trabajo de Tesis “**RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL EN ONCOLOGÍA EN ION SOLCA NÚCLEO DEL GUAYAS**”, previa a la obtención del Título de Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la referencia bibliográfica. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 5 días del mes de enero del año 2015.

EL AUTOR

Dra. Isabel del Rosario León Abarca.

RESUMEN

RECONSTRUCCIÓN PALPEBRAL EN ONCOLOGÍA.

OBJETIVO.

Conocer los procedimientos quirúrgicos más utilizadas en la reconstrucción palpebral de lesiones tumorales localizadas en párpados, en los pacientes del ION. SOLCA núcleo del Guayas entre los años 2007 y 2010

MÉTODO.

El presente estudio es retrospectivo, descriptivo. Fueron analizados 89 casos de lesiones tumorales en párpado con cáncer de piel no melanoma, para lo cual se tomó en cuenta factores socio demográficos, (años, edad, procedencia), diagnóstico oncológico, localización anatómica, procedimiento quirúrgico y satisfacción del paciente.

RESULTADOS.

El grupo de edad más afectado fue el 60 a 80 años, en relación al género el sexo masculino fue prevalente, el párpado inferior resulto ser el más comprometido. El carcinoma basocelulares resulto ser el tipo histológico más frecuente. Los colgajos cutáneos locales fueron los más utilizados en la reconstrucción de los tumores de acuerdo al porcentaje de estructura anatómica comprometida.

CONCLUSIONES.

Diseñar la estrategia terapéutica reconstructiva más apropiada en lesiones tumorales palpebrales con el propósito de alcanzar una restauración funcional y cosmética acorde a cada caso.

Palabras clave: carcinoma basocelular, neoplasia cutánea.

ABSTRACT.

EYELID RECONSTRUCTION IN ONCOLOGY

OBJECTIVE

To know the surgery techniques more utilized in eyelid reconstruction in the patients of ION.SOLCA, core of Guayas between 2007 and 2010 with this pathology.

METHOD

The present study is retrospective, descriptive. The same was realized in the service of soft tissue tumors in the ION SOLCA core of GUAYAS during the period from January 2007 and December 2010. Was analyzed 89 cases of tumor lesions of eyelid skin cancer for which took into account the socio demographic characteristics (age, sex, origin), oncological diagnostic, anatomic location, surgical procedure, complications and patient satisfaction.

Once collected information was developed a database in Excel and to process information using statistical tables: quantity and percentage

RESULTS

The most affected age group was 60-80 years in relation to gender, the masculine sex was prevalent, and the lower eyelid turns out to be the most committed. Basal cell adenocarcinoma proved to be the most common histologic type. Local skin flaps were the most used in the reconstruction of tumors according to the percentage of compromised anatomical structure

CONCLUSIONS

Designing the most appropriate therapeutic strategy in eyelid tumor lesions in order to achieve a functional and cosmetic restoration according to each case

Keywords: basal cell carcinoma, skin neoplasm

ABREVIATURA.

- CPNM.- cáncer de piel no melanoma.
- CBC.- carcinoma basocelulares.
- CEC.- carcinoma espinocelulares.
- M.- melanoma.
- ION.- Instituto Oncológico Nacional
- SOLCA.- Sociedad de Lucha contra el Cáncer.
- EXA.- Agencia Espacial Civil Ecuatoriana
- UV.- Ultravioleta.
- OMS.- Organización Mundial de la Salud.
- PNUMA.- Programa de Naciones Unidas para el Medio ambiente.
- OPS.- Organización Panamericana de la Salud.

CONTENIDO

RESUMEN	I
ABSTRACT.....	II
ABREVIATURA.....	III
ÍNDICE DE FIGURAS	VII
ÍNDICE DE TABLAS	VIII
1. INTRODUCCIÓN	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
3. OBJETIVOS	7
3.1. Objetivo general	7
3.2 .Objetivos específicos.	7
4. MARCO TEÓRICO	9
4.1 Epidemiología y factores de riesgo.....	9
4.2. Factores de riesgo.....	12
4.2.1 Causas.	12
4.2.2. Factores ambientales:.....	13
4.2.3 .Edad.....	15
4.2.4. Factores genéticos.	15
4.2.5. Fototipo y lesiones de la piel.....	16
4.2.6. Exposición a químicos	16
4.2.7. Estados de inmunosupresión.....	16
4.2.8. La exposición a la radiación.....	16

4.2.9. <i>Raza</i>	17
4.3 Consideraciones anatómicas.....	17
4.3.1. <i>Anatomía de los párpados</i>	17
4.4. Unidades estéticas faciales.....	26
4.4.1. <i>Subunidades estéticas perioculares</i>	27
4.5. Lesiones cancerígenas.....	28
4.5.1. <i>Carcinoma basocelulares</i>	29
4.5.2. <i>Carcinoma espinocelulares</i>	31
4.5.3. <i>Melanoma</i>	33
4.6. Reconstrucción palpebral.....	34
4.6.1. <i>Principios generales de reconstrucción palpebral</i>	35
4.6.2. <i>Técnicas de reconstrucción del párpado inferior</i>	36
4.6.3. <i>Técnicas de reconstrucción del párpado superior</i>	42
4.6.4. <i>Reconstrucción del canto externo</i>	45
4.6.5. <i>Reconstrucción del canto interno</i>	45
5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	47
6. DISEÑO METODOLÓGICO.....	48
6.1. Justificación de la elección del método.....	48
6.2. Diseño de la investigación.....	49
6.2.1 <i>Población de estudio</i>	49
6.2.2. <i>Fuente de información</i> :.....	49
6.2.3. <i>Técnica y modelo de análisis de datos</i>	50
6.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	50
6.3.1. <i>Criterios de inclusión</i>	50
6.3.2. <i>Criterios de exclusión</i>	51

6.4. Operacionalización de variables.....	52
7. RESULTADOS.....	53
Características epidemiológicas.	53
<i>Edad</i>	53
<i>Sexo</i>	54
<i>Procedencia</i>	55
<i>Localización anatómica de las lesiones</i>	56
<i>Diagnóstico oncológico</i>	58
Técnicas quirúrgicas reconstructivas.	60
Complicaciones.....	62
Grado de satisfacción.	63
8 .DISCUSIÓN.....	64
Características epidemiológicas.	64
<i>Localización anatómica</i>	65
<i>Diagnóstico oncológico</i>	65
<i>Técnicas quirúrgicas reconstructivas</i>	68
<i>Complicaciones</i>	70
<i>Grado de satisfacción</i>	71
9. CONCLUSIONES.	73
10. RECOMENDACIONES.	76
11. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.	78
12. ANEXOS.....	85

ÍNDICE DE FIGURAS

FIG. 1 CORTE SAGITAL PARPADO SUPERIOR	18
FIG. 2 MÚSCULO ORBICULAR	19
FIG. 3 MÚSCULOS PROTECTORES	20
FIG. 4 SEPTUM.....	21
FIG. 5 GRASA PALPEBRAL.....	22
FIG. 6 CORTE SAGITAL PARPADO SUPERIOR.....	22
FIG. 7 SECCIÓN PARAMEDIANA PARPADO INFERIOR	23
FIG. 8 TARSO.....	24
FIG. 9 VASCULARIZACIÓN.....	25
FIG. 10 INERVACIÓN	26
FIG. 11 UNIDADES ESTÉTICAS FACIALES	27
FIG. 12 SUBUNIDADES ESTÉTICAS PALPEBRALES	28
FIG. 13 DISTRIBUCIÓN CBC EN FACIES	31
FIG. 14 DISTRIBUCIÓN CEC EN FACIES	32
FIG. 15 SUTURA DIRECTA + CANTOLISIS	37
FIG. 16 COLGAJO TRIPIER UNILATERAL	37
FIG. 17 COLGAJO TRIPIER BILATERAL	38
FIG. 18 COLGAJO TARSOCONJUNTIVAL HUGHES	39
FIG. 19 COLGAJO DE MUSTARDÉ	39
FIG. 20 COLGAJO DE FRICKE	40
FIG. 21 CIERRE DIRECTO PARPADO SUPERIOR	42
FIG. 22 COLGAJO DE CUTLER BEARD	43
FIG. 23 COLGAJO DE FRICKE CANTO EXTERNO	45
FIG. 24 COLGAJO DIGITAL CANTO INTERNO	46
FIG. 25 DISTRIBUCIÓN POR REGIONES	55
FIG. 26 DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO	58

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	52
TABLA 2 DISTRIBUCIÓN POR EDAD	54
TABLA 3 DISTRIBUCIÓN POR SEXO	54
TABLA 4 DISTRIBUCIÓN POR PROCEDENCIA.....	56
TABLA 5 DISTRIBUCIÓN POR LOCALIZACIÓN ANATÓMICA.....	57
TABLA 6 DISTRIBUCIÓN POR SEXO, EDAD Y LOCALIZACIÓN ANATÓMICA.....	57
TABLA 7 DISTRIBUCIÓN DE CBC SEGÚN ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO.....	59
TABLA 8 DISTRIBUCIÓN DE CEC SEGÚN ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO	59
TABLA 9 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD, SEXO Y CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA	60
TABLA 10 DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	61
TABLA 11 DISTRIBUCIÓN SEGÚN COMPLICACIONES.....	62
TABLA 12 DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE	63

1. INTRODUCCIÓN

Las lesiones cutáneas localizadas en la región palpebral ocasionadas por las anomalías celulares que degeneran en cáncer de piel del tipo no melanoma y melanoma en el mundo es cada vez más común. (1)

La intervención de lesiones neoplásicas en la región periocular tiene trascendencia dentro de la cirugía plástica reconstructiva, un 25 % de tumores pueden ser malignos.(2)

Inmediatamente de la resección tumoral en la región periocular, la reconstrucción del defecto demanda la comprensión de las distintas técnicas y aplicación de colgajos de tejidos blandos e injertos de piel. (3)

Los colgajos cutáneos locales son habitualmente elegidos sobre injertos debido a la similitud en el color de la piel y la textura que orienta a una mejor alineación con el tejido adyacente. (3)

Un número considerable de procedimientos quirúrgicos se han desarrollado y el cirujano plástico debe familiarizarse con los más usualmente utilizados. En la compleja anatomía del párpado la técnica reconstructiva aplicada es fundamental, para preservar la función palpebral, y evitar en lo más mínimo las complicaciones postoperatorias. (3)

Es necesario tener en cuenta varias nociones básicas como: la ubicación, profundidad, tamaño de la lesión, la inclusión del canto interno, canto externo, aparato lagrimal, edad del paciente, elasticidad de la piel, capacidad visual, al momento de elegir el tratamiento para alcanzar magníficos resultados tanto funcionales como estéticos. (3)

Pero, es importante conocer los beneficios y desventajas de cada método a fin de asegurar la elección del procedimiento más favorable para cada caso en particular. Diversos autores han divulgado diferentes técnicas fundamentadas en las preferencias y experiencias individuales y una breve descripción de las mismas serán valiosas para compararlas. (4)

A través del tiempo los avances en la cirugía plástica ha permitido que las técnicas quirúrgicas en reconstrucción de los párpados este orientada a buscar la satisfacción del paciente, debido al temor por este tipo de lesiones que conlleva muchas veces secuelas físicas, psicológicas y sociales para del individuo.

Durante muchos años el Instituto Oncológico Nacional-ION SOLCA fue la primera institución de salud en el país que dispone del servicio de cirugía reconstructiva oncológica orientado al empleo de cirugías de resección amplia con técnicas modernas de reconstrucción. (5)

El desarrollo y subespecialización de la disciplina quirúrgica oncológica y reconstructiva ha permitido mejorar los métodos reconstructores que permiten realizar resecciones extensas de tejido neoplásico. (5)

Entre las técnicas quirúrgicas fundamentales se encuentran los colgajos que son segmentos de tejido con su propio pedículo vascular que nutre el colgajo clasificándose en cutáneos, fascio-cutáneos, músculo-cutáneos, musculares, etc. (5)

El uso de colgajos es sin lugar a duda uno de los recursos que mejor utilidad ha tenido durante todos los tiempos. (6) Por lo tanto es conveniente realizar una cobertura temprana que permita mejores resultados tanto funcionales como estéticos y no exponer al paciente a grandes reconstrucciones cuando el cáncer está en etapas avanzadas.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente estudio tiene como propósito identificar los diferentes procedimientos quirúrgicos reconstructivos locales empleados para corregir los defectos ocasionados por lesiones malignas localizadas en la región palpebral.

En el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” ION-SOLCA núcleo del Guayas se observa un número considerable de estas lesiones localizadas en piel que ameritan en mucho de los casos valoración y manejo por el servicio de tumores de partes blandas en conjunto con cirugía plástica.

La institución oncológica no cuenta con informes actualizados sobre el tema ni un protocolo estandarizado de las técnicas más utilizadas para la reconstrucción de estas lesiones. el presente estudio fue planeado con el fin de mejorar la atención y calidad de vida de la población que acude a este centro hospitalario en busca de ayuda para superar esta patología ,la misma que desgasta en el aspecto físico , psicológico como emocional al paciente y a su entorno familiar.

La reconstrucción ocasionada por alteraciones tumorales palpebrales luego de la resección oncológica cutánea puede presentar dificultades para su restauración. (3)

La singular estructura anatomía de los párpados y la facies demanda una comprensión detallada de la misma para evitar secuelas irreversibles tanto estéticas y funcionales. Teniendo como premisa la restauración de la función sobre la cosmética. (3)

La región periorbitaria es una zona de frecuente localización de cáncer de piel, el más común es el carcinoma basocelulares (CBC). (2) Este representa el 75% aproximadamente de todos los cánceres de piel no melanoma.

Es característico que se desarrolle sobre la piel expuesta al sol en individuos con piel clara. El 80% de los CBC se localizan en cabeza y cuello. Aproximadamente, 10 % de los tumores de la piel se producen en los párpados. (7)

Según la Organización Mundial de la Salud, la incidencia de cáncer de piel se ha incrementado en las últimas décadas, causadas por los efectos de los rayos solares, la contaminación ambiental ocasionan daño especialmente a pieles blancas, además el efecto invernadero ocasiona una alta incidencia de lesiones cancerígenas en nuestro medio. (8)

Si tomamos en cuenta que nuestro país por su ubicación geográfica recibe directamente la influencia de los rayos ultravioletas los mismos que son causantes de producir lesiones tumorales en la piel y justamente cabeza y cuello es el área anatómica donde mayor prevalencia existe, por ende zonas expuestas como los párpados son susceptibles a este daño. (9) (10)

¿Cuáles son los procedimientos quirúrgicos reconstructivos utilizados en las lesiones malignas palpebrales diagnosticadas en los paciente atendidos por el servicio de tumores de partes blandas en el “ION - SOLCA” núcleo del Guayas en el período comprendido desde enero 2007 hasta diciembre 2010?

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Identificar los procedimientos quirúrgicos utilizadas en la reconstrucción palpebral en pacientes atendidos por el servicio de tumores de partes blandas en el “ION- SOLCA “núcleo del guayas durante el periodo de enero 2007 – diciembre 2010.

3.2 .Objetivos específicos.

1. Determinar las características epidemiológicas de los pacientes atendidos en el servicio de tumores de partes blandas que presentaron lesiones malignas en párpados según.
 - Edad
 - Sexo
 - Lugar de procedencia

2. Establecer la localización anatómica de las lesiones palpebrales según subunidades estéticas palpebrales.
 - Párpado Superior.
 - Párpado Inferior.
 - Canto Interno.
 - Canto Externo.

3. Verificar el diagnóstico oncológicas de las lesiones palpebrales tratadas por el servicio de cirugía plástica según su estudio clínico – histopatológico.
 - Carcinoma Baso celular.
 - Carcinoma Espino celular.
 - Melanoma.

4. Determinar las técnicas quirúrgicas más utilizadas en la reconstrucción de las lesiones oncológicas palpebrales.

5. Establecer las complicaciones más frecuentes luego del procedimiento reconstructivo palpebral.

6. Determinar el grado de satisfacción del paciente luego del tratamiento reconstructivo oculoplástica.

4. MARCO TEÓRICO

Las lesiones tumorales que ocasionan destrucción de estructuras tan delicadas como constituyen los párpados requieren especial cuidado por su gran importancia estética y funcional destinada a salvaguardar los ojos de la luz excesiva, cuerpos extraños.

Durante el parpadeo se lubrica el ojo, en la cirugía de la región orbitaria y sus anexos, la premisa debe ser siempre la protección del ojo y el mantenimiento de la visión. De ahí la importancia funcional del parpado. (2,11, 12)

Comprender la fisiopatología de las distintas presentaciones de cáncer de piel que destruyen los párpados y formular una base para evaluar la amplia gama de abordajes en el tratamiento de las enfermedades oncológicas oculoplástica. Las deformidades tanto funcionales como estéticas, pueden tener consecuencias severas ya que la cara constituye el atractivo físico. (2)

4.1 Epidemiología y factores de riesgo.

Las lesiones tumorales que afectan a estructuras tan importantes como son los párpados se clasifica principalmente en dos grandes tipos: no melanoma y melanoma. (13)

El melanoma (M) es maligno, tiene mal pronóstico y es más peligroso ventajosamente es el menos frecuente. En cambio, el cáncer no melanoma (NPNM) más común asociado principalmente en evidencias clínicas con la exposición al sol y su acelerado incremento en la presente época lo determinar como un problema de salud pública a nivel global. (14)

El carcinoma basocelulares es el más frecuente de los tumores localizados en párpados (90-95%). El carcinoma de células escamosas representa aproximadamente el 2-5% en región periocular. (15)

El carcinoma basocelulares es el tumor maligno más común en el hombre. El 90 % se localiza en la cabeza y el cuello, y solo el 5 a 10 % afecta a los párpados. (15) De hecho, es la neoplasia maligna más frecuente en esta localización y preferentemente, ocupa más del 80 % del párpado inferior. (16)

La determinación de la verdadera incidencia del carcinoma escamo celular (CEC) es difícil, porque los registros de salud no incluyen el cáncer de piel no melanoma en su base de datos, debido al elevado número de casos y recursos limitados para reunir datos y a la tasa variable de CEC en base a localización geográfica. (17)

En nuestro país ante el incremento de cáncer de piel ha sido necesario implementar el manejo preventivo del cáncer de piel por eso en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”-ION SOLCA núcleo del Guayas

se están desarrollando estrategias para el diagnóstico y tratamiento oportuno de esta patología.

Por ende las localizadas en los párpado, pero constituían un problema las lesiones malignas mayores del 25 % de extensión que invaden los cantos medial y externo. (16)

Con la finalidad de atender a estos pacientes en el servicio de tumores de partes blandas se creó un equipo multidisciplinario formado por especialistas en oncología, dermatología y cirugía plástica encargada de remediar este problema de salud.

Los pacientes que viven cerca de la línea ecuatorial desarrollan a edad más precoz que los pacientes que viven más alejados La incidencia de la enfermedad varía geográficamente, 0,03 a 3,5 casos por cada 100.000 personas por año. (13,14,17)

Según el Registro Nacional de Tumores en el Ecuador para el año 2005 la distribución en Quito fue para el CBC 65,1%, mientras el CSC fue de 21,3%.El cáncer de piel no melanoma ocupó el 2 lugar precedido por el de próstata y mama.(10)

En las últimas décadas, en Sur América y el Caribe, se ha registrado cambios epidemiológicos, que causan un incremento de cáncer de piel. (18)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), la Organización

Panamericana de la Salud (OPS) proponen reevaluar los sistemas de salud para evitar y controlar el crecimiento global del cáncer de piel no melanoma y de esta manera reducir los costos de morbi- mortalidad. (18)

4.2. Factores de riesgo.

4.2.1 Causas.

Existen varias causas en la aparición del cáncer de piel las mismas que están relacionadas a la exposición solar, actividad laboral, latitud geográfica, altitud, fototipo de piel, lesiones crónicas en la superficie cutánea que provocan un alto riesgo de padecer este tipo de lesiones. (19)

En la última década, han aparecido estudios del Asia y de algunos países latinoamericanos, donde se ha informado un aumento de la morbilidad de los principales tumores cutáneos. (8)



4.2.2. Factores ambientales:

La incidencia de cáncer cutáneo en países tropicales se ha incrementado considerablemente. (20) El factor causal más trascendental es la luz del sol (rayos ultravioleta), el período de exposición, la intensidad están directamente relacionados con presencia de neoplasias cutáneas ya que la acción solar es acumulativa. (21,22,23)

El cambio climático en el Ecuador, por el debilitamiento de la capa de ozono, que actúa como una barrera natural de los rayos solares conlleva el incremento de lesiones tumorales cutáneas así lo manifestó Ronnie Nader Director de EXA. (24, 25, 26)

El Ecuador por su ubicación geográfica en la zona tropical recibe los rayos solares en forma perpendicular, por lo tanto son de mayor intensidad. Además la EXA durante los últimos años monitorea los niveles de radiación en las ciudades de Quito, Guayaquil, Cuenca y Manta encontrando márgenes de radiación solar que sobrepasa el

límite de tolerancia humana. El Director de la EXA señaló "El ozono de nuestro territorio se ha desviado hasta en un 70% a los polos, dejándonos de proteger de los rayos ultravioletas (UV)". (24, 25)

En América Latina: países como Ecuador, Perú, Colombia, Chile, Bolivia se ven perjudicados. El estudio "HIPERION" desarrollado por esta agencia a nivel nacional, mide la radiación solar determinando un rango de 2 a 14 niveles durante varias horas del día; en Guayaquil alcanza a 14 y Quito ha superado los 24. (24, 25)

Según el informe, los ecuatorianos podría padecer de cáncer a la piel en las próximas décadas. En los últimos cuatro años, esta enfermedad ha crecido 80%. Se considera pésimo tiempo para estar expuesto al sol entre las 08:40 y las 14:00 en Guayaquil, pero en Quito va hasta las 17:00. (24, 25, 26)

La exposición prolongada a bronceadores artificiales son otras fuentes de radiación ultravioleta, esto eleva el peligro de padecer cáncer de piel tanto de células basales y de células escamosas. Bronceado artificial a una edad temprana (<25 años) se asocia con un mayor incremento en el riesgo. (27)



4.2.3 .Edad.

El riesgo de cáncer de piel de células basales y escamosas progresa a medida que las personas crecen, Los adultos mayores son más proclives a padecer esta enfermedad (28) resultando muy raro antes de los 40 años, relacionándose esto con la acumulación durante la vida, de daños celulares efectuados a partir de la exposición al sol.

Su incidencia es notable en pacientes de raza blanca y el 95% ocurre en paciente entre la cuarta y octava década de su vida. (29)

4.2.4. Factores genéticos.

Existen factores hereditarios que ocasionan esta clase de lesiones tumorales:

Epitelioma basocelulares nevoide: aparece en distintas áreas del cuerpo es característico una cantidad variable de carcinomas basocelulares desde la segunda década de la vida.

Xeroderma pigmentoso: trastorno hereditario originado por modificaciones celulares al reconstruir su ADN, lo que predispone al desarrollo de carcinomas cutáneos múltiples. (9, 30)

4.2.5. Fototipo y lesiones de la piel.

Hay una serie de situaciones asociadas con un mayor riesgo de padecer estos tipos de formaciones neoplásicas:

Piel blanca (pelo rubio, ojos verdes o azules, pecas).

Cicatrices crónicas o quemaduras en la piel.

Queratosis actínica: afección de la piel, originada por el daño solar, sobre la que puede crecer un cáncer y evolucionar a un carcinoma epidermoide de la piel. (8, 20, 30)

4.2.6. Exposición a químicos

La exposición a productos químicos como el arsénico, la brea industrial, la hulla, la parafina. (19)

4.2.7. Estados de inmunosupresión: pacientes con tratamiento inmunosupresor debido a trasplantes, enfermedades como el SIDA, uso crónico de corticoides.(30, 31)

4.2.8. La exposición a la radiación como la producida por la radioterapia.

4.2.9. Raza: frecuentes en etnias de piel blanca: caucásicos, eslavos.(32)

4.3 Consideraciones anatómicas.

4.3.1. Anatomía de los párpados.

Para fines descriptivos la estructura anatómica del párpado se divide en dos zonas:

Anterior: conformada por la piel y el músculo orbicular.

Posterior: constituida por la aponeurosis del músculo elevador del párpado superior, su fascia, el tarso y la conjuntiva.

Todas estas estructuras confieren al párpado una complejidad anatómica muy particular. (33)

El espacio entre el párpado superior e inferior tiene una altura aproximada de 10mm en su parte media y longitudinalmente mide 30 mm.

En el canto interno se encuentra el sistema excretor lagrimal. (33)

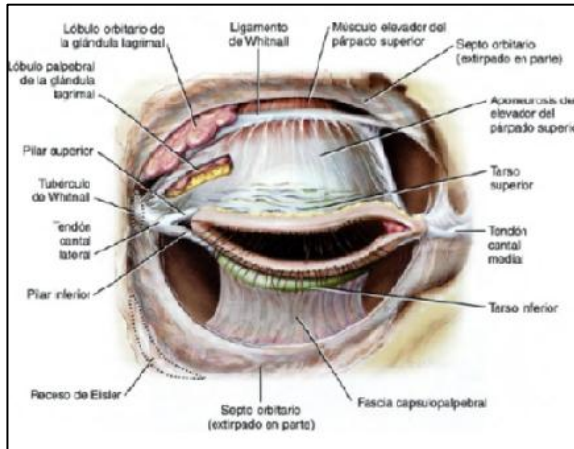


Fig. 1 Corte sagital párpado superior

Fuente: Atlas de Cirugía Estética periocular (34)

Piel

La piel de los párpados tiene un mínimo espesor de 0,6 a 1 mm. Se reconocen dos porciones:

- a) Piel pretarsal.
- b) Piel preseptal.

Es importante conocer la disposición de las líneas de menor tensión en la piel palpebral para ocultar las cicatrices y obtener mejores resultados reconstructivos y cosméticos. (33, 35, 39)

Músculos protectores

El músculo orbicular es el principal músculo protector, participar en la expresión facial, el parpadeo y en la eliminación de las lágrimas. (33)

El músculo orbicular se divide en tres porciones:

- 1) Orbitaria.
- 2) Preseptal.
- 3) Pretarsal. (33, 34, 36)

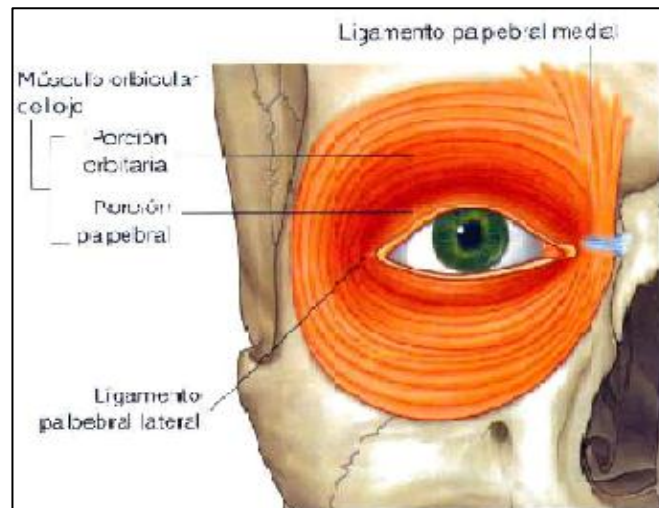


Fig. 2 Músculo Orbicular

Fuente: Gray – Anatomía para estudiantes (36)

Los músculos corrugador y procerus son considerados también músculos protectores pero en menor escala. (33)

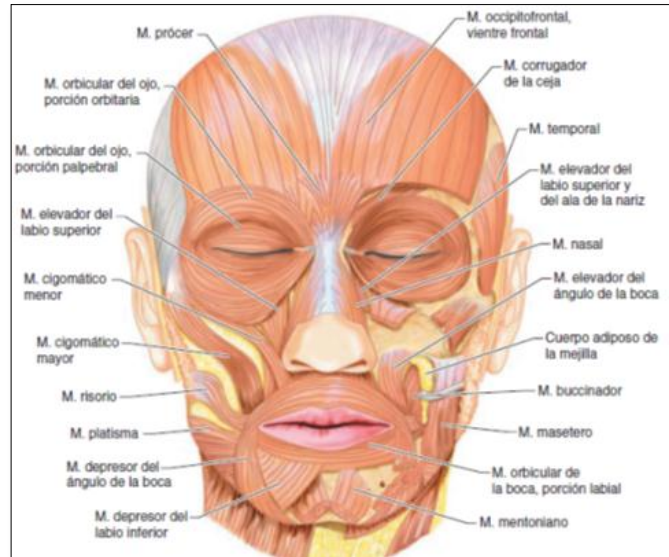


Fig. 3 Músculos protectores.

Fuente: Pró. Anatomía clínica. (37)

Septum

Compuesto por una delgada capa fibrosa, separa la lámina anterior de la posterior es importante al momento de planificar incisiones en el plano preseptal o retroseptal. (33)

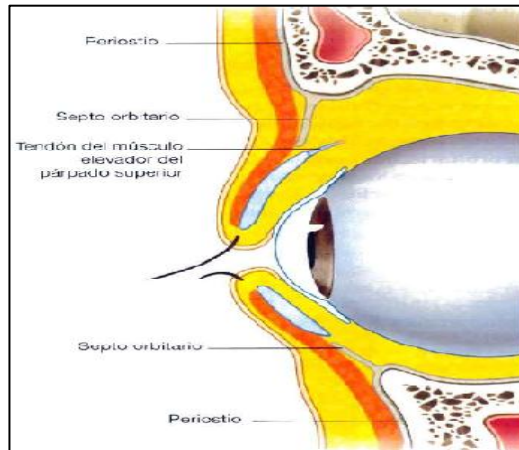


Fig. 4 Septum.

Fuente: Gray – Anatomía para estudiantes (36)

Grasa

La grasa palpebral localizada en el área retroseptal. según su ubicación en el párpado superior e inferior se distribuyen en compartimientos:

Nasal y temporal en el párpado superior.

Nasal, central y temporal para el párpado inferior.(33)

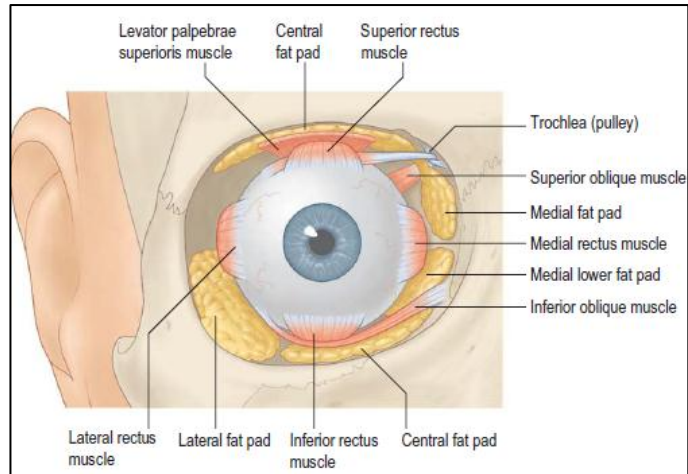


Fig. 5 Grasa Palpebral

Fuente: Fagien- Putterman's Cosmetic Oculoplastic Surgery (38)

Músculos retractores.

Los músculos retractores (Elevador del párpado superior, su fascia aponeurótica, músculo de Muller) intervienen en la apertura palpebral (33, 38)

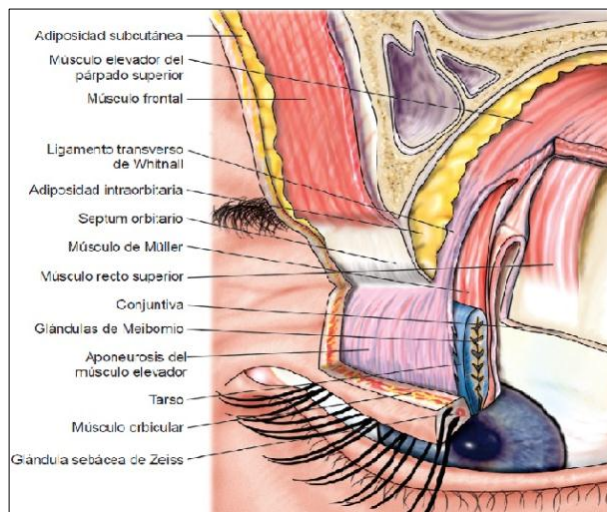


Fig. 6 Corte sagital párpado superior

Fuente: Grapollini- Blefaroplastia y técnicas ancilares. (39)

La fascia capsulopalpebral constituye el retractor del párpado inferior, contribuye a la estabilidad del tarso, su difícil funcional provoca la presencia de entropión o ectropión del párpado inferior (33)

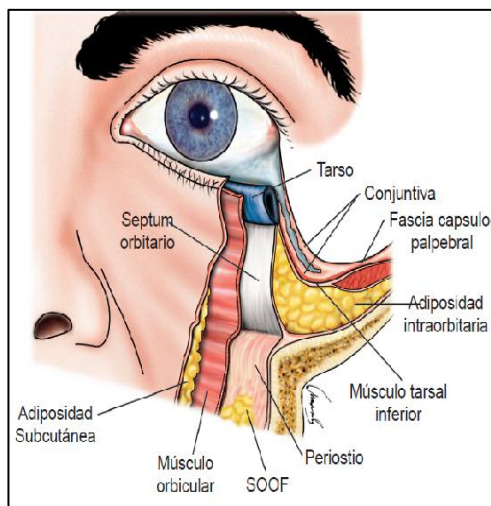


Fig. 7 Sección paramediana párpado inferior

Fuente: Grapollini- Blefaroplastia y técnicas ancilares. (39)

Tarso

Conformado por tejido conectivo denso proporciona una estructura estable al párpado contiene glándulas tarsales sebáceas que lubrican el borde palpebral.(37, 38)

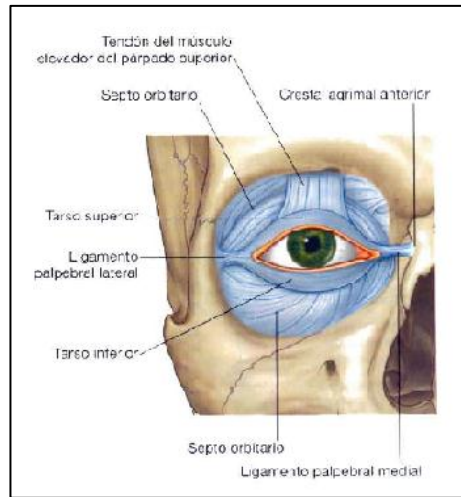


Fig. 8 Tarso

Fuente: Gray-Anatomía para estudiantes (36)

Conjuntiva

Membrana mucosa que tapiza la cara interna del párpado, provista de glándulas secretoras de mucina y glándulas lagrimales evitan la fricción durante el parpadeo (34)

Cejas

Las cejas forman parte estructural del párpado presenta múltiples folículos pilosos que le dan una característica especial a cada rostro e interviene activamente en la expresión facial. A este nivel la piel es más gruesa en relación a la piel palpebral. (39)

Vascularización e Inervación.

La irrigación sanguínea del párpado deriva de la anastomosis de las ramas de la arteria carótida externa e interna.

Las principales ramas son: la arteria oftálmica, angular, temporal superficial.

El drenaje venoso fluye por las venas oftálmica, temporal y facial. El drenaje linfático desemboca en los ganglios submandibular y parotídeo. (33, 36)

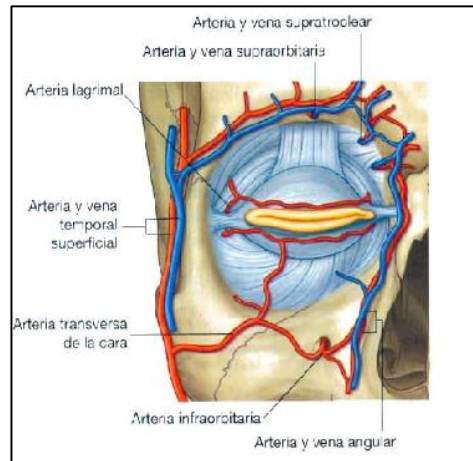


Fig. 9 Vascularización

Fuente: Gray-Anatomía para estudiantes (36)

La inervación motora proviene del III y VII par craneal.

La inervación sensitiva de los párpados procede de las ramas del nervio trigémino: el nervio oftálmico y el nervio maxilar. . (33, 36, 38, 40)

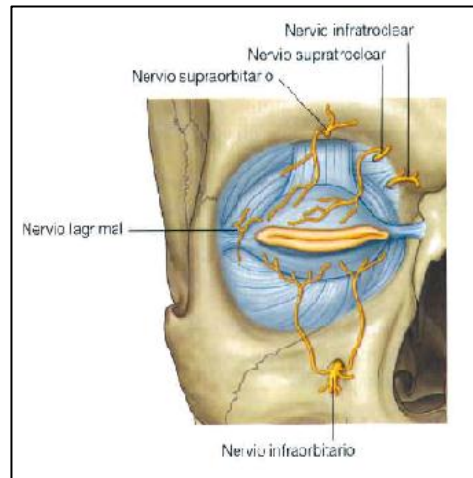


Fig. 10 Inervación

Fuente: Gray-Anatomía para estudiantes (36)

4.4. Unidades estéticas faciales.

En la cara se diferencian las siguientes unidades estéticas: frente, región temporal, mejilla, nariz, área periorbitaria, labios y mentón, en cada unidad la piel es semejante en textura, grosor y movilidad. (35, 41)

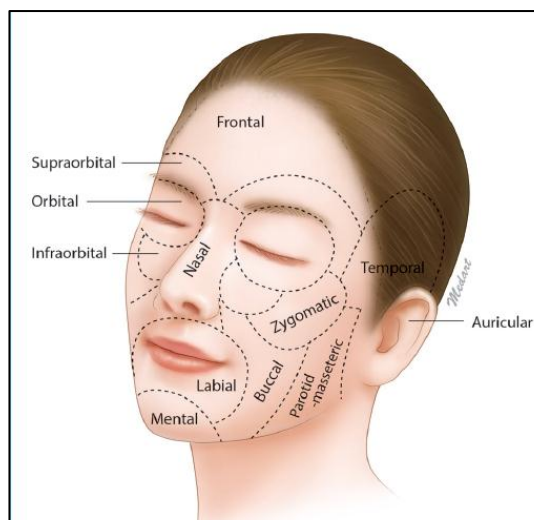


Fig. 11 Unidades Estéticas Faciales

Fuente: Distribución of basal cell carcinoma (40)

4.4.1. Subunidades estéticas perioculares.

La unidad periocular se subdivide en cinco zonas: canto interno, canto externo, región del párpado superior e inferior, y la ceja. (35)

El canto interno, muchas veces está relacionada íntimamente con la región supero lateral de la nariz.

Varios investigadores consideran la región del canto lateral como una prolongación del párpado superior e inferior. (34)

Es importante respetar las subunidades estéticas al momento de marcar las incisiones cutáneas, localizándolas en los límites entre ellas. (35, 41)

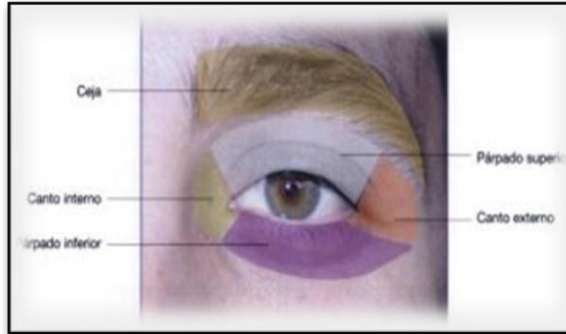


Fig. 12 Subunidades Estéticas Palpebrales

Fuente: Atlas de Colgajos Locales (35)

4.5. Lesiones cancerígenas.

Conforme se avanza en edad, las neoplasias cutáneas perioculares son más frecuentes, cada día es más usual hallar neoformaciones de células basales, células escamosas, carcinoma de células sebáceas, y el melanoma maligno. Estos tumores suelen ser diagnosticados clínicamente y por biopsia incisional. (3,15,35, 38,43, 44, 45)

En ION-SOLCA núcleo del Guayas se ha registrado un aumento del 57% de casos de cáncer de piel, así durante 1990 y 1994 se diagnosticó 704 casos en 10 años esa cantidad ha crecido registrándose 1.057 casos entre 2003 y 2006 en el que se levantó el último registró en la institución. La institución consolida las estadísticas de todas las instituciones de salud pública y privada (24)

4.5.1. Carcinoma basocelulares.

El carcinoma basocelulares es la lesión neoplásica más común del párpado representa el 90% de todas las neoplasias cutáneas del párpado. (30)

Habitualmente se aprecia en personas de edad mayor a 50 años que laboran al aire libre, de crecimiento muy lento por lo que pasa desapercibido al no ocasionar molestias en etapa inicial. El CBC en el párpado se distribuye según la superficie anatómica afectada 45% en párpado inferior, el 38% superior y el 17% interna. (30)

La incidencia del carcinoma basocelulares de párpado aumenta con la edad, presentando la mayoría de los pacientes perjudicados entre los 60 y 70 años, siendo inusual antes de los 40 años. (30, 45)

Se reconocen tres tipos: nodular, ulcerativo y esclerosante. (46, 47)

La forma nodular presenta un nódulo perlado leve, indoloro, pequeños vasos telangiectásicos en su superficie. A menudo, como el nódulo aumenta de tamaño despacio, sufre una ulceración central convirtiéndose en un carcinoma de tipo ulcerativo. (30, 46)

El de tipo morfea o esclerosante se caracteriza por ser pálido, bien definido, placas induradas teleangiectásicas. Es el tipo más agresivo de carcinoma basocelulares. (30, 46,48)

En la mayoría de los estudios revisados la incidencia según el sexo es ligeramente mayor en hombres, aunque algunos autores apuntan a una incidencia similar entre ambos sexos.

Este tumor se presenta con más frecuencia en la raza caucásica, anglosajona, es raro en personas de raza negra. (44)

Los factores predisponente para el desarrollo de un carcinoma basocelulares en la región palpebral son:

- Exposición prolongada al sol.
- Raza blanca.
- Piel poco pigmentada, pecas.
- Edad avanzada.
- Hombre.
- Exposición a bronceadores y contaminantes ambientales.
- Predisposición genética, defectos de la replicación o reparación del ADN
- Pacientes inmunocomprometidos. (48)

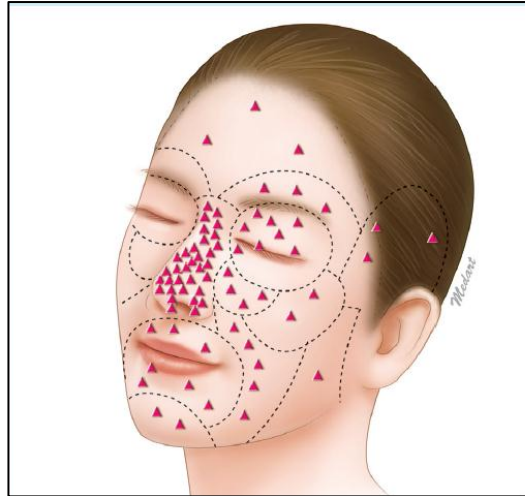


Fig. 13 Distribución CBC en facies

Fuente: Distribution of basal cell carcinoma (40)

4.5.2. Carcinoma espinocelulares.

El carcinoma espinocelular (5-10 %) tumor maligno de los párpados derivado del estrato escamoso de la epidermis, habitualmente aparece en la quinta década de vida (49) , menos frecuente que el basocelulares. Es más agresivo localmente y metastásico, fundamentalmente a los ganglios preauriculares y submandibulares.

Son tumores que se desarrollan en pacientes ancianos con piel clara y que aparecen sobre zonas previamente alteradas. La lesión de la piel más predisponente es la queratosis actínica. (46)

Se localiza preferentemente en el párpado inferior donde es 40 veces menos frecuente que el basocelulares. Suelen presentarse como placas eritematosas induradas y queratinizadas, con gran tendencia a la ulceración y de bordes irregulares, crecimiento rápidamente. (46)

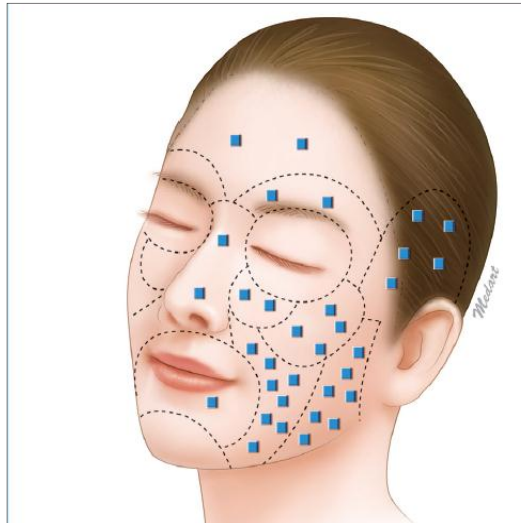


Fig. 14 Distribución CEC en facies

Fuente: Distribution of basal cell carcinoma (40)

4.5.3. Melanoma.

El melanoma maligno representa menos del 1% de los tumores palpebrales aunque su incidencia es baja ocasiona mayor mortalidad en esta estructura. (50)

Existen cuatro categorías clínico-histológicas:

Melanoma lentigo maligno. Macula grande policromada

Melanoma de extensión superficial. Lesión macular marrón oscura, negra o pardusca, bordes irregulares.

Melanoma nodular. Lesión papulonodular pigmentada que invade prematuramente la dermis, frecuente en tronco y miembros inferiores.

Melanoma lentiginoso acro. No afecta al párpado. (9, 21,50)

Existen dos clasificaciones histológicas clásicas basadas en:

- El nivel anatómico de infiltración.
- Nivel de espesor. (50)

Niveles de Clark.

Según el nivel de invasión de las capas cutáneas.

- Nivel I: lesiones única en epidermis.
- Nivel II: infiltración hasta la lámina basal de la dermis.
- Nivel III: infiltración la dermis papilar.

- Nivel IV: infiltración en la dermis reticular
- Nivel V: infiltración hasta el tejido subcutáneo. (21)

Niveles Profundidad en milímetros. (Breslow)

Según la profundidad de invasión del tumor, medida en milímetros desde el estrato granuloso de la epidermis hasta lo más profundo del compromiso tumoral en las distintas capas de la piel.

- 0,75 mm o menos
- 0,76 mm - 1,50 mm
- 1,51 mm - 4,0 mm
- 4,10 mm o más. (9)

4.6. Reconstrucción palpebral.

Los defectos ocasionados por lesiones neoplásicas en los párpados son muy variados en tamaño, profundidad, localización y pueden alterar en forma parcial o total su estructura. (51)

El uso de distintos procedimientos se relaciona directamente con diferentes factores como: extensión del defecto, profundidad, edad, laxitud,

extensibilidad de la piel, experiencia y habilidad del cirujano para lograr el mejor resultado tanto funcional como estético. (3, 4, 21, 22, 27, 52)

4.6.1. Principios generales de reconstrucción palpebral.

Una inadecuada reconstrucción del párpado superior puede ocasionar la exposición corneal y ulceración, en cambio en el párpado inferior el restablecimiento de una parte de su estructura puede ser sobrellevada sin riesgo para la visión siempre y cuando el párpado superior este indemne. (35, 51)

Los párpados son estructuras muy peculiares en su estructura anatómica y función por lo cual la reconstrucción debe ir encaminada a conservar la mayor funcionalidad posible, sin olvidar la parte estética, por su participación en la expresión visual ya que los ojos constituyen la ventana del alma. (53)

Es importante destacar la correcta marcación de los márgenes de seguridad para lograr una restauración adecuada de estas estructuras anatómicas. Para lograr este objetivo es necesario manejar un protocolo estandarizado en la reconstrucción del párpado. (3)

El párpado para su correcto funcionamiento necesita una cubierta externa cutánea, una capa intermedia que proporcione estabilidad y una cubierta interna de mucosa. Es fundamental afrontar cuidadosamente los bordes palpebrales para evitar secuelas postoperatorias desfavorables. (54)

Los procedimientos quirúrgicos utilizados pueden agruparse de acuerdo a los siguientes parámetros.

Según la profundidad de la lesión maligna pueden clasificarse en:

Defectos de espesor parcial.

Defectos de espesor total.

Según la subunidad estética palpebral comprometida por las neoformaciones se pueden clasificar en:

Defectos de párpado inferior.

Defectos de párpado superior.

Defectos del canto interno.

Defectos del canto externo.

4.6.2. Técnicas de reconstrucción del párpado inferior.

Defectos de espesor parcial:

Cuando el defecto tiene $< 25\%$ de pérdida se puede aplicar:

Cierre directo.

Injerto de piel total.

Colgajos locales: O-Z, V-Y, romboidal.

Defectos > 25 y < 50%.

Cierre directo más cantolisis.

Cierre directo más cantolisis y colgajo semicircular de Tenzel.

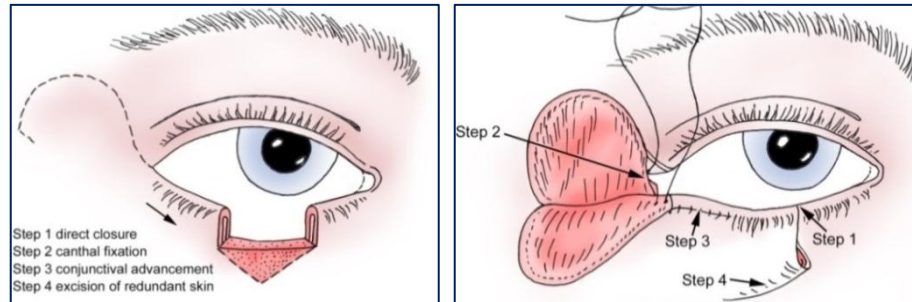


Fig. 15 Sutura Directa + Cantolisis

Fuente: Bashour –Lower eyelid reconstruction (55)

Colgajo de Tripier: colgajo unipediculado de párpado superior.

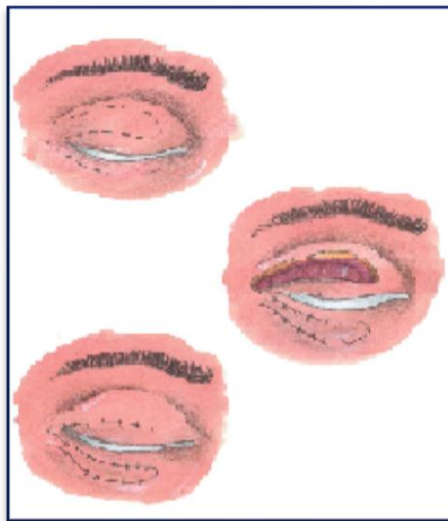


Fig. 16 Colgajo Tripier Unilateral

Fuente: Atlas de Colgajos Locales (35)

Colgajo de Tripier bipediculado: colgajo musculocutáneo de párpado superior para defectos de la parte central de párpado inferior. (51)

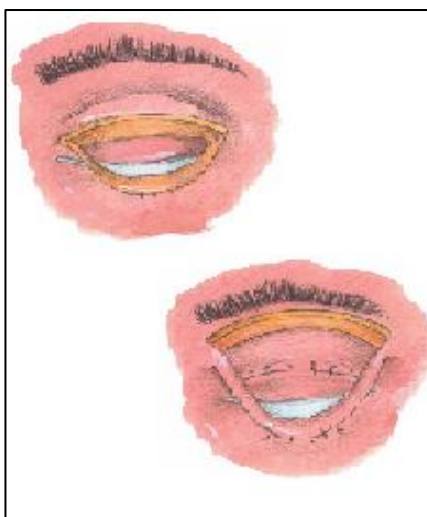


Fig. 17 Colgajo Tripier Bilateral

Fuente: Atlas de Colgajos Locales (35)

Defectos > 75% - 100%:

Colgajo de Hughes (tarsconjuntival). colgajo de avance de la lámina posterior del párpado superior, formado por tarso y conjuntiva, este se moviliza hacia el defecto en párpado inferior, anclándolo al remante de la lámina posterior, asegurándose que este está perfectamente alineado a los bordes tarsales, para conformar la lámina anterior se utiliza injerto de piel total o colgajo de avance de mejilla. Después de 2 semanas se libera el colgajo tarsconjuntival. (55)

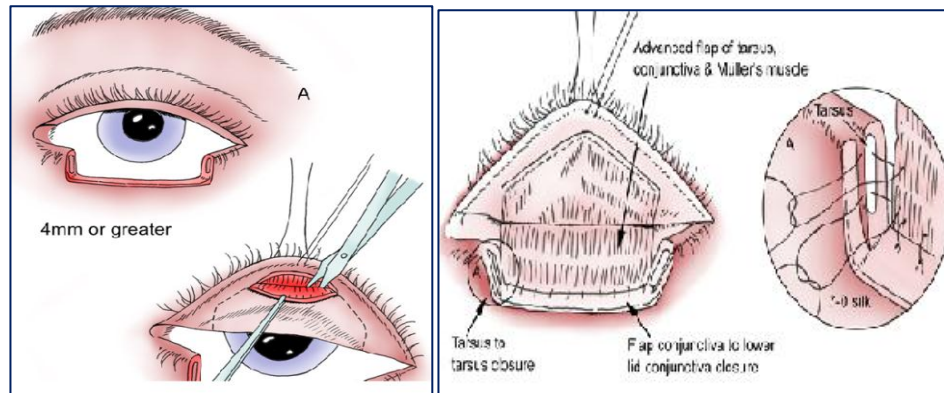


Fig. 18 Colgajo tarsoconjuntival Hughes

Fuente: Bashour –Lower eyelid reconstruction (55)

Reconstrucción total del párpado inferior.

Colgajo de rotación de mejilla e injerto condromucoso (Mustardé): técnica sencilla y viable de excelentes resultados para defectos del 100% asociado a un injerto condromucoso para reparar la lámina posterior. (51) (55) (58)

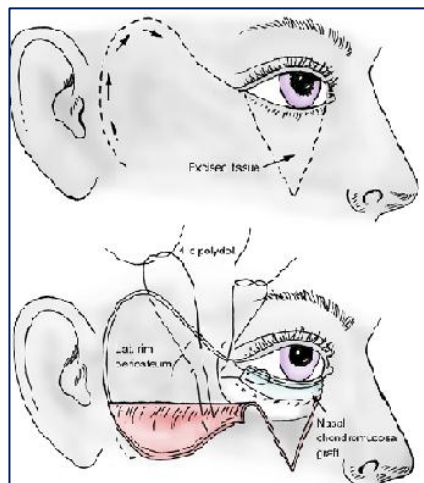


Fig. 19 Colgajo de Mustardé

Fuente: Bashour –Lower eyelid reconstruction. (55)

Colgajo frontal de Fricke: colgajo cutáneo supraciliar de transposición. Utilizado en los casos cuando no es posible usar el colgajo de mejilla. (6, 51)

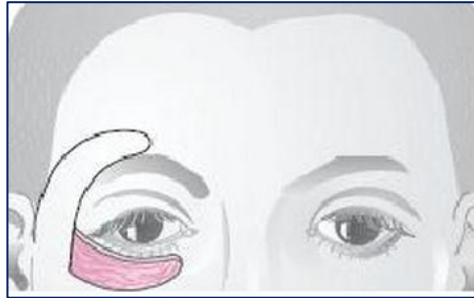
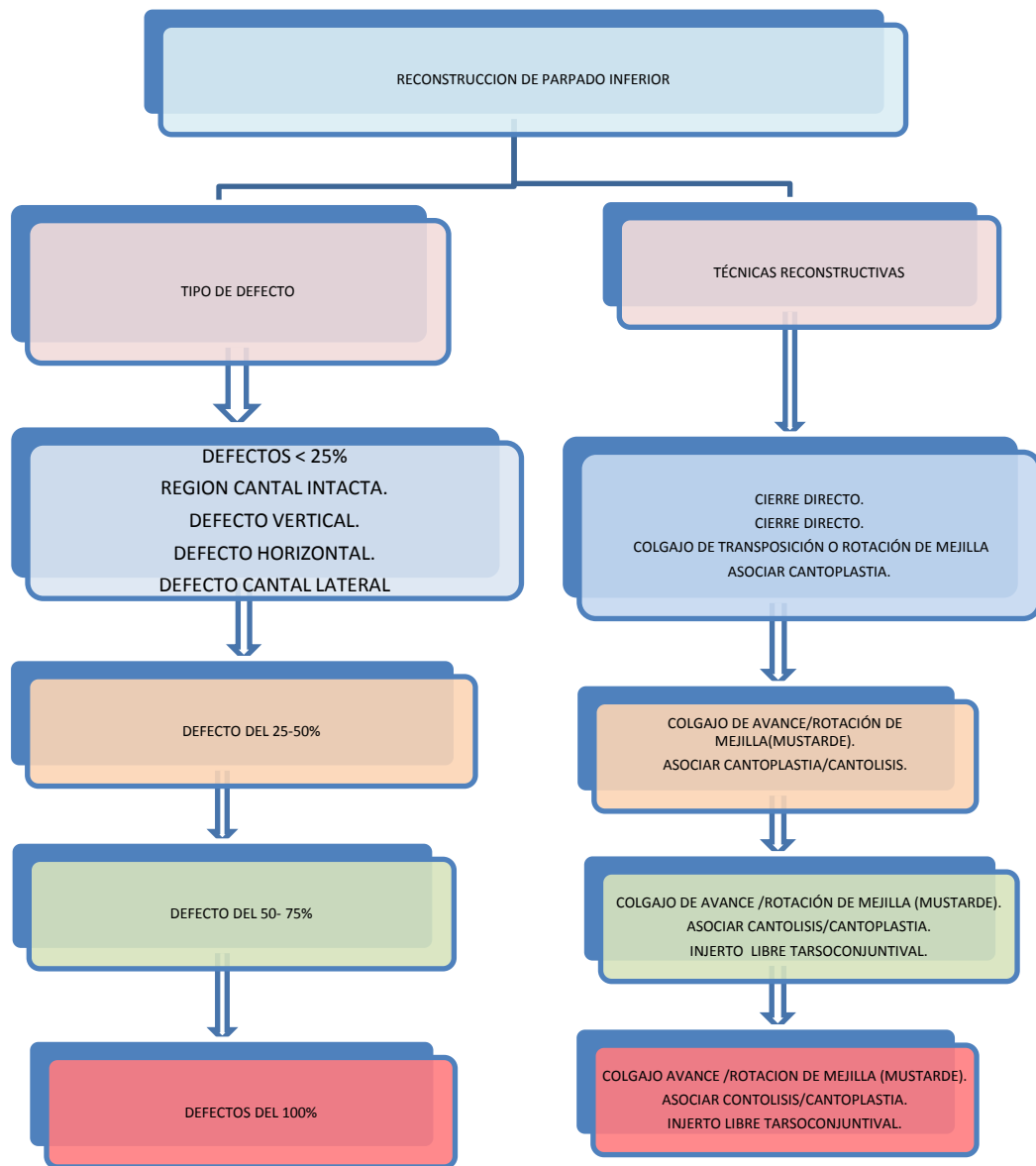


Fig. 20 Colgajo de Fricke

Fuente: Reconstructive Facial Plastic Surgery



4.6.3. Técnicas de reconstrucción del párpado superior.

En defectos de < 25 % se puede realizar una sutura primaria.

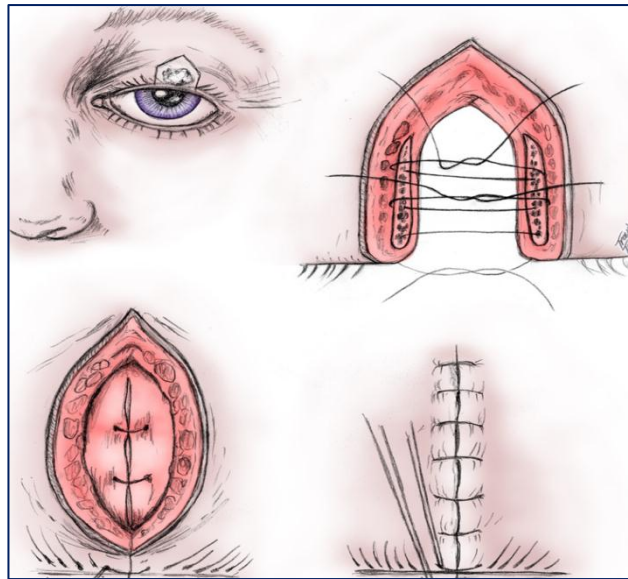


Fig. 21 Cierre Directo parpado superior

Fuente: Upper eyelid reconstruction (56)

Colgajo de traspaso del párpado inferior: se utiliza $\frac{1}{4}$ del párpado inferior para reparar el superior; se establece la extensión del defecto del párpado superior y esta dimensión es trasladada al párpado inferior, posteriormente se rota el colgajo sobre su base hacia el párpado superior. (51)

Colgajo de transposición de párpado inferior y colgajo de mejilla: el procedimiento, se fundamenta en la rotación hacia el defecto de un colgajo de párpado inferior de base externo; a continuación se efectúa la reparación del párpado inferior mediante un colgajo de Mustarde, en un segundo tiempo quirúrgico se libera el pedículo del colgajo de párpado inferior. (51)

Defectos de espesor total:

Técnica de Cutler – Beard: colgajo de avance del párpado inferior hacia el párpado superior, primero se diseña un colgajo conjuntival, este se eleva y fija hacia el remanente conjuntival del párpado superior, luego con un injerto condromucoso se restaura el tarso superior y finalmente se eleva el colgajo cutáneo desde el párpado inferior a través de una incisión conjuntival se confecciona la lámina anterior superior. Luego de 2 a 3 meses se secciona y libera el colgajo por debajo del margen inferior. (51)

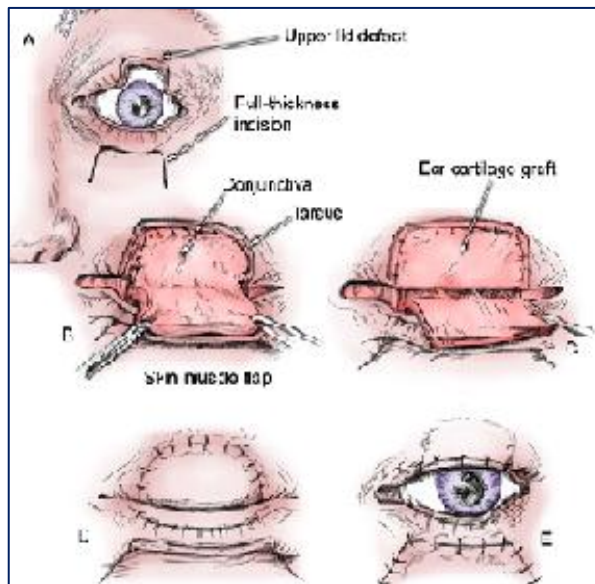
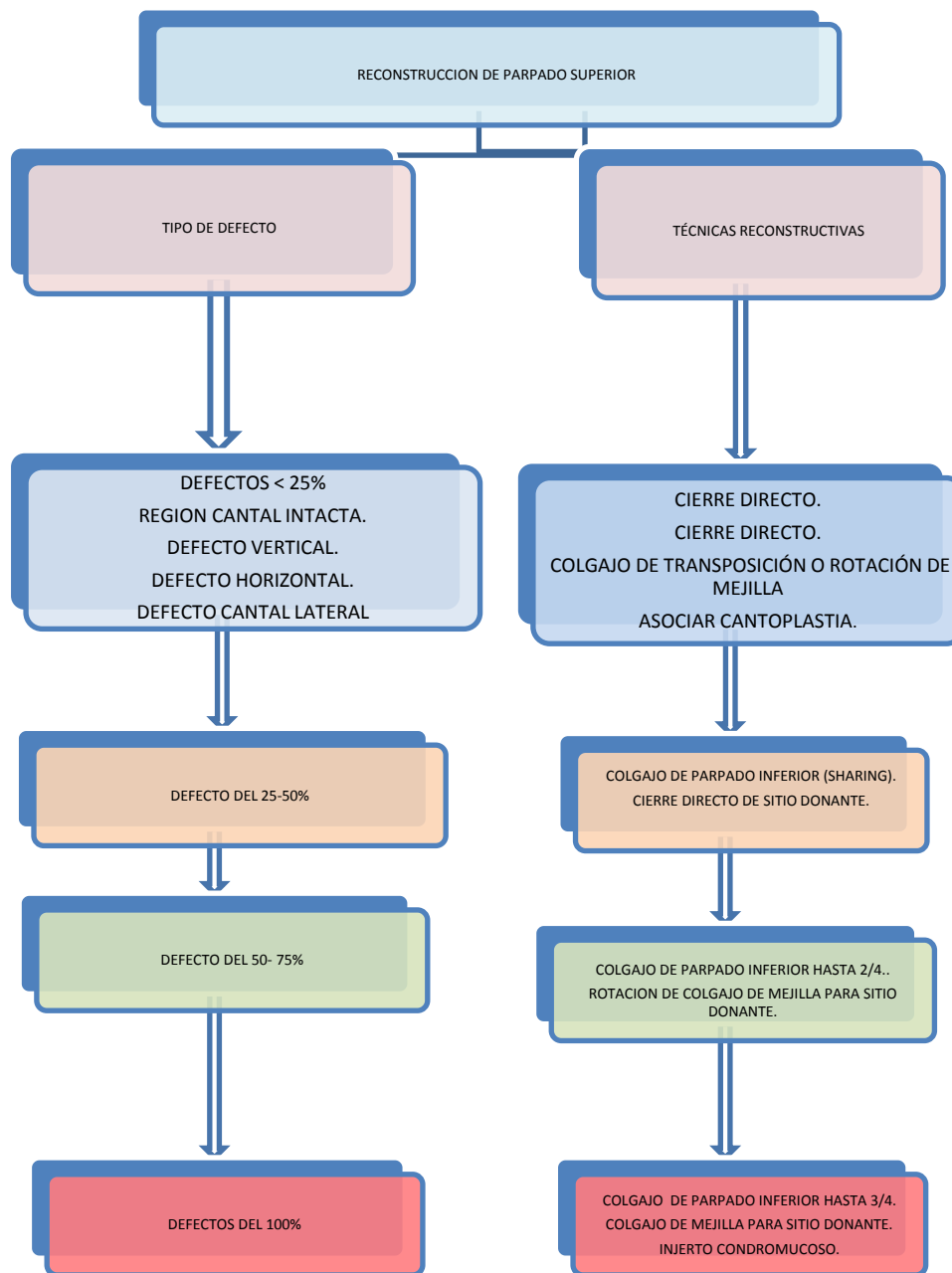


Fig. 22 Colgajo de Cutler Beard



4.6.4. Reconstrucción del canto externo

Defectos de pequeñas dimensiones pueden ser tratados mediante cierre directo o un colgajo romboide.

Colgajo de Fricke (frontal): útil en defectos del canto externo que comprometen parte de párpado superior e inferior. (51)

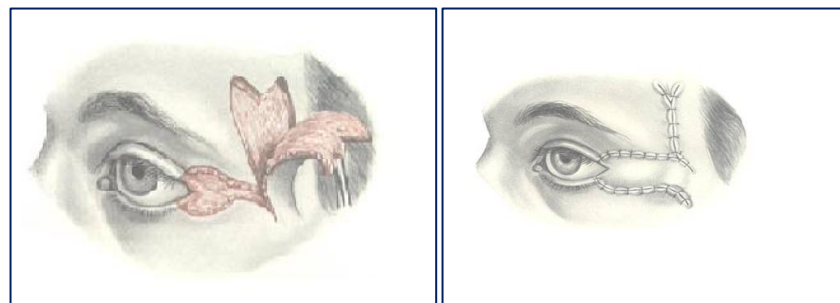


Fig. 23 Colgajo de Fricke canto externo

4.6.5. Reconstrucción del canto interno.

Los tumores en canto interno generalmente son difíciles de reconstruir cuando hay diseminación e invasión hacia senos paranasales e intracraneal. Cuando el aparato lacrimal está comprometido es preferible posponer la restauración del sistema excretor. (11,58,59)

Los colgajos más empleados para restaurar la integridad del canto interno son:

Colgajo glabellar: levantado en la línea medio frontal

Colgajo frontoglabealar: tomado de la región frontoglabealar (51)

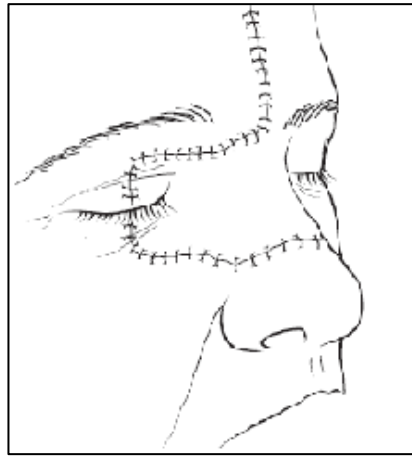


Fig. 24 Colgajo digital canto interno

Fuente: Atlas de cirugía estética periocular y del párpado (11)

Colgajo frontal + colgajo de rotación de mejilla:

Cuando se trata de cirugía tumoral, que debido a las características anatómicas especiales del canto interno suele ser agresiva, la técnica de elección es la realización de un colgajo tarsoconjuntival diagonal ; el colgajo de Hughes diagonal en el canto interno puede ser rotado hacia dentro de manera que su borde interno pueda ser fijado al remanente de tendón cantal o fijado con alambre mediante transfixión nasal; este colgajo puede ser utilizado como lecho receptor para injertos de piel total, o puede combinarse con colgajos cutáneos rotatorios por transposición. (51)

5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.

Las lesiones neoplásicas más frecuentes en párpados lo constituyen el carcinoma basocelulares y el carcinoma espinocelulares por eso dentro del campo de acción de la cirugía reconstructiva oncológica es usual la utilización de distintas técnicas quirúrgicas como son: injertos, colgajos de tipo cutáneo, fasciocutaneos y muscular para restaurar la integridad de la compleja arquitectura anatómica del párpado.

Durante los últimos años la incidencia de cáncer de piel no melanoma se ha incrementado considerablemente a nivel mundial y nuestro país no es ajeno a este fenómeno, siendo más frecuente en personas mayores de 50 años, el sexo masculino está más usualmente amenazado, localizado comúnmente en zonas expuestas del cuerpo como son los párpados, cuando esta estructura anatómica está comprometida es necesario utilizar distintos procedimientos reconstructivos para mantener su funcionalidad y evitar la progresión de la neoplasia, que afecta tanto física como emocionalmente a los pacientes.

Es importante determinar el tratamiento reconstructivo de cada una de las subunidades estéticas palpebrales de acuerdo a factores como edad, profundidad, extensión, localización anatómica, laxitud y extensibilidad de la piel para utilizar el procedimiento reconstructivo acorde a cada caso en particular.

6. DISEÑO METODOLÓGICO.

6.1. Justificación de la elección del método.

El trabajo de investigación planificado es de tipo observacional, descriptivo, de corte longitudinal que permite determinar la conexión entre los pacientes diagnosticados y el tratamiento quirúrgico empleado, en el período establecido debido a que esta patología de lenta evolución muchas veces pasa inadvertida hasta ocasionar destrucción local.

Esta investigación es de tipo no experimental, cuali- cuantitativa interrelacionando la investigación en los pacientes intervenidos por el servicio de tumores de partes blandas del ION Solca Núcleo del Guayas en el periodo de estudio entre enero de 2007 y diciembre 2010.

Cabe destacar que las resecciones tumorales fueron realizadas por el equipo médico del servicio de tumores de partes blandas, en tanto que la cirugía reconstructiva estuvo a cargo de los médicos residentes postgradistas que realizan su rotación en esta institución.

6.2. Diseño de la investigación

En la presente tesis se ha realizado un estudio retrospectivo descriptivo basado en la revisión de casos clínicos de pacientes que fueron sometidos a resección quirúrgica amplia más cirugía reconstructiva de los párpados mediante diversos colgajos locales adyacentes a esta región anatómica de tipo cutáneos, fasciocutaneos , musculares.

6.2.1 Población de estudio

La población de estudio está conformada por el total de pacientes sometidos a cirugía de resección oncológica amplia más reconstrucción palpebral atendida por el servicio de tumores de partes blandas del ION. SOLCA Núcleo del Guayas durante el periodo comprendido entre enero de 2007 y diciembre de 2010.

La población de estudio está representada por los 89 casos intervenidos quirúrgicamente con diagnóstico de cáncer de piel no melanoma localizados en región palpebral y sometida a tratamiento reconstructivo.

6.2.2. Fuente de información:

Para obtener la información se utilizó los archivos médicos de cada paciente diagnosticado con cáncer de piel localizados en párpados. El registro de la información fue recolectada en una base de datos para su posterior interpretación

6.2.3. Técnica y modelo de análisis de datos.

La información fue recopilada y tabulada en la base de datos en el programa Excel 2010 y para procesar la información se utilizó método estadístico para el cálculo de la desviación estándar, promedio, valor máximo, mínimo y porcentajes

6.3. Criterios de inclusión y exclusión.

6.3.1. Criterios de inclusión.

- 1.- Pacientes sometidos a reconstrucción palpebral durante el periodo de estudio
- 2.- Edad.
- 3.- Sexo.
- 4.- Procedencia.
- 5.- Localización Anatómica.
- 6.- Diagnostico Oncológico

- 7.- Tratamiento Reconstructivo.
- 8.- Complicaciones.
- 9.- Grado de satisfacción de paciente.

6.3.2. Criterios de exclusión.

- 1.- Pacientes que han abandonado tratamiento.
- 2.- Historias clínicas incompletas.

6.4. Operacionalización de variables.

VARIABLES	CONCEPTO	TIPO VARIABLE	ESCALA
EDAD	Número de años cumplidos	Cuantitativa Discreta	20 - 40 40-60 60-80 80 -100
SEXO	Género de cada paciente	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino
PROCEDENCIA	Zona Geográfica de cada paciente	Cualitativa Nominal	Costa Sierra Oriente
LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	Presencia de lesión tumoral en determinada subunidad palpebral	Cualitativa Nominal	Parpado Superior Parpado Inferior Canto Externo Canto Interno
DIAGNOSTICO ONCOLÓGICO	Características clínicas histopatológicas	Cualitativa Nominal	Carcinoma Baso celular Carcinoma Espino celular
TÉCNICA QUIRÚRGICA	Procedimiento quirúrgicos empleados en la reconstrucción palpebral	Cualitativa Nominal	Colgajos: Cutáneos Fasciocutáneos Musculares Otros
COMPLICACIONES	Alteraciones presentadas al tratamiento reconstructivo	Cualitativa Nominal	Recidiva Ectropión Dehiscencia de sutura Epifora. Ninguna
GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE	Calificación del paciente al resultado final	Cualitativa Nominal	Excelente Muy Bueno Bueno Malo

Tabla 1 Operacionalización de variables

7. RESULTADOS.

El universo del presente estudio lo constituyeron 89 pacientes atendidos en el servicio de tumores de partes blandas sometidos a resección oncológica amplia más reconstrucción palpebral en el período de enero del 2007 a diciembre del 2010 y representan el 100% de los casos para efectos de describir los resultados obtenidos.

Características epidemiológicas.

Edad.

Las edades de los pacientes intervenidos por lesiones tumorales en párpados en el período de estudio oscilaban en un rango de 20 años a mayores de 100 años. La edad promedio fue de 72 años

Se distribuyó a los pacientes en rangos de edad según se puede apreciar en la tabla #2 para determinar en qué grupo etario se encuentra la mayor incidencia de esta patología y se establece la mayor frecuencia en el grupo de edad de 60 – 80 años. Es evidente la alta incidencia en grupos de la tercera edad.

Tabla 2 Distribución por edad

EDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
20 -40	1	1%
40 -60	13	15%
60 - 80	53	60%
80 - + 100	22	25%
TOTAL	89	100%

Fuente: Historia Clínica ION- Solca Guayas

Sexo.

De acuerdo a el sexo de los pacientes intervenidos entre 2007 y 2010 con diagnóstico de cáncer de piel no melanoma se determinó una prevalencia en el sexo masculino con 54% pertenecen al sexo masculino y el 46% corresponden al sexo femenino.

Tabla 3 Distribución por sexo

SEXO	CANTIDAD	PORCENTAJE
F	41	46%
M	48	54%
TOTAL	89	100%

Fuente: Historia Clínica ION- Solca Guayas

Procedencia.

Dado que el instituto oncológico nacional ION-SOLCA Núcleo del Guayas, es un centro de referencia nacional al cual acuden pacientes procedentes de distintas latitudes del territorio ecuatoriano se determinó por su ubicación geográfica que la mayoría provienen de la costa, de la región sierra proceden 9 pacientes y del Oriente ecuatoriano 1 paciente de la provincia de El Napo.

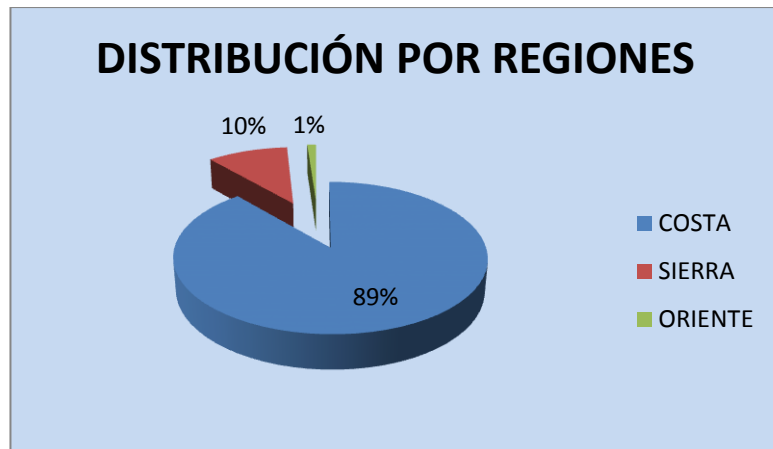


Fig. 25 Distribución por regiones

La distribución en relación a la procedencia geográfica por provincias se puede observar en la tabla 4

Tabla 4 Distribución por procedencia

PROVINCIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
GUAYAS	52	58%
LOS RÍOS	13	15%
MANABÍ	11	12%
ESMERALDAS	3	3%
PICHINCHA	2	2%
BOLÍVAR	2	2%
CAÑAR	2	2%
CHIMBORAZO	2	2%
NAPO	1	1%
AZUAY	1	1%
TOTAL	89	100%

Fuente: Historia Clínica ION- Solca Guayas

Localización anatómica de las lesiones.

En relación a la localización anatómico la distribución de los pacientes se realizó de acuerdo a la presencia de lesiones tumorales localizadas en las distintas subunidades estéticas palpebrales, existe una mayor incidencia en el párpado inferior, en segundo lugar lesiones situadas en canto interno a continuación las injurias confinadas al párpado superior y en último lugar por su ubicación las que corresponden al canto externo según se observa en la tabla 5.

Tabla 5 Distribución por Localización Anatómica

LOCALIZACIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE
PARPADO INF.	58	65%
CANTO INT.	21	24%
PARP.SUP	7	8%
CANTO EXT.	3	3%
TOTAL	89	100%

Fuente: Historia Clínica ION- Solca Guayas

La correlación encontrada entre los distintos grupos de edad, sexo y localización anatómica se detallan en la tabla 6

Tabla 6 Distribución por sexo, edad y localización anatómica

	<i>CANTO INTERNO</i>	<i>CANTO EXTERNO</i>	<i>PARPADO SUPERIOR</i>	<i>PARPADO INFERIOR</i>	<i>TOTAL</i>
EDAD +- DS	73,81 ± 11,742	70,00 ± 0,00	78,57 ± 14,57	70,00 ± 13,39	71,57 ± 13,15
20-40	0	0	0	1	1
40-60	2	0	1	10	13
60-80	13	3	2	35	53
80-100	6	0	4	12	22
HOMBRES	11	3	2	32	48
MUJERES	10	0	5	26	41
TOTAL	21	3	7	58	89

Diagnóstico oncológico.

Según el diagnóstico oncológico se determinó 80 casos correspondientes a CBC con el 90 % y ocupan el primer lugar de acuerdo a la prevalencia presentada en este estudio. El segundo lugar de incidencia corresponde al CEC (9 pacientes) con el 10%.

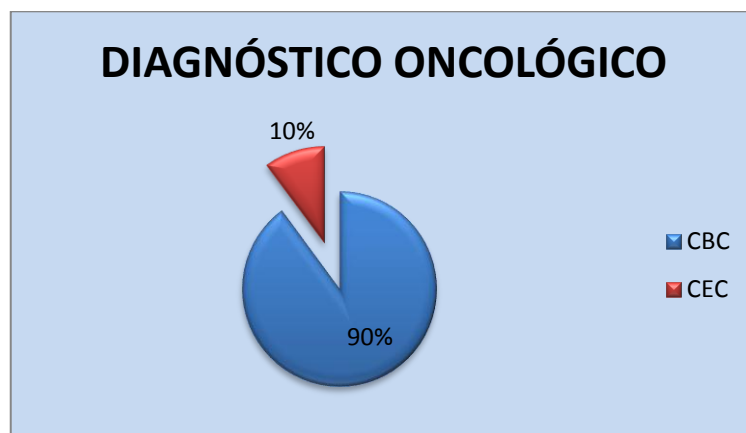


Fig. 26 Diagnóstico Oncológico

De los CBC extirpados mayor prevalencia tuvo el de tipo nodular 83 %, seguido del patrón adenoide y la forma infiltrante con el 2 % respectivamente, y las de patrón morfeo y solido con similar distribución 1%.

Tabla 7 Distribución de CBC según estudio histopatológico

CBC	CANTIDAD	PORCENTAJE
NODULAR	74	83%
MORFEO	1	1%
ADENOIDE	2	2%
INFILTRANTE	2	2%
SOLIDO	1	1%
SUBTOTAL	80	90%

Fuente: Historia Clínica ION- Solca Guayas

Según el patrón histológico del CEC (10%) ,se halló 4 casos con diagnóstico indiferenciado que representa el 4% del total de CPNM, 3 pacientes con informe histopatológico moderadamente diferenciado 3%, pobremente diferenciado y bien difenciado 1 caso respectivamente representando el 1% para cada estudio .

Tabla 8 Distribución de CEC según estudio histopatológico

CEC	CANTIDAD	PORCENTAJE
CEC INF.	4	4%
POB DIF	1	1%
MOD DIF	3	3%
BIEN DIF	1	1%
SUBTOTAL	9	10%

Fuente: Historia Clínica ION- Solca Guayas

En la tabla se resume la correlación hallada entre los distintos tipos de carcinoma de piel no melanoma, la edad y sexo de los pacientes del ION- Solca del Guayas.

Tabla 9 Distribución según edad, sexo y cáncer de piel no melanoma

	<i>CBC</i>	<i>CEC</i>	<i>TOTAL</i>
EDAD + - D S	70,6 ± 15	76,67 ± 9,4	71,57 ± 13,15
20 -40	1	0	1
40-60	13	0	13
60-80	47	6	53
80-100	19	3	22
HOMBRES	44	4	48
MUJERES	36	5	41
	TOTAL		89

Técnicas quirúrgicas reconstructivas.

Las técnicas quirúrgicas empleadas en relación a la severidad de la lesión tumoral determinada en las distintas subunidades estéticas palpebrales son: colgajo cutáneo de rotación tipo Mustarde realizado en 27 pacientes (30 %), colgajo medio frontal se realizado en 14 casos (16%), colgajo muscular del temporal en 8 casos (9%), colgajo cutáneo de Tripiet se efectuado en 7 casos (8%), colgajo glabellar en 6 pacientes (7%), colgajo frontal digitalizado 3 (3%), colgajo VY 5 casos (6%), Z plastia en 2 casos (2%).

Cierre Directo se practicó en 4 casos (4%), colgajo de Fricke 2 (2%), injerto de piel total en 6 pacientes (7%), colgajo de Tenzel en 3 pacientes (3%), colgajo de Limberg 1 caso (1%) y 1 caso sin tratamiento por cirugía plástica debido a la invasión ósea craneal y de meninges determinando sea valorado durante el acto quirúrgico por neurocirugía quedando postergado la cirugía reconstructiva.

Además como procedimientos complementarios al levantamiento de colgajos se procedió a realizar cantoplastias e injertos condromucosos para conformar la lámina posterior del párpado.

Tabla 10 Distribución según Tratamiento Quirúrgico

TRATAMIENTO	CANTIDAD	PORCENTAJE
MUSTARDE	27	30%
MEDIO FRONTAL	14	16%
M.TEMPORAL	8	9%
TRIPIER	7	8%
GLABELAR	6	7%
INJERTO CUTÁNEO	6	7%
VY	5	6%
CIERRE DIRECTO	4	4%
TENZEL	3	3%
FRONTAL DIGITAL.	3	3%
FRICKE	2	2%
Z PLASTIA	2	2%
LIMBERG	1	1%
SIN TTO	1	1%
TOTAL	89	100%

Fuente: Historia Clínica ION- Solca Guayas

Complicaciones.

Las complicaciones más frecuentes encontradas posterior a los procedimientos reconstructivos empleados fueron: Ectropión en 16 casos (18%), Epifora en 4 pacientes (4%), Recidiva 11(12%), Dehiscencia de sutura 1 (1%), Entropión 1 caso (1%), Granuloma en 1 caso (1%), Ninguna complicación en 55 casos (62%).

Tabla 11 Distribución según complicaciones

COMPLICACIONES.	CANTIDAD	PORCENTAJE
NINGUNO	55	62%
ECTROPIÓN	16	18%
RECIDIVA	11	12%
EPIFORA	4	4%
ENTROPIÓN	1	1%
GRANULOMA	1	1%
DESHISC	1	1%
TOTAL	89	100%

Fuente: Historia Clínica ION- Solca Guayas

Grado de satisfacción.

Establecer el grado de satisfacción del paciente siempre es importante 68 pacientes (76%) refieren una buena aceptación del resultado funcional y estético, en 12 casos (13%) la valoración fue muy buena, 3 (3%) pacientes establecieron como excelentes los resultados, 2 (2%) pacientes concluyeron como malo su cirugía en tanto 4 (4%) pacientes mostraron indecisión al momento de estimar el resultado quirúrgico.

Tabla 12 Distribución según grado de satisfacción del paciente

G. SATISFACCIÓN	CANTIDAD	PORCENTAJE
BUENO	68	76%
MUY BUENO	12	13%
INDETERMINADO	4	4%
EXCELENTE	3	3%
MALO	2	2%
TOTAL	89	100%

Fuente: Historia Clínica ION- Solca Guayas

8 .DISCUSIÓN.

Características epidemiológicas.

La incidencia de lesiones malignas localizadas en región palpebral y periocular ha aumentado rápidamente en todo el mundo durante la última década, debido a una combinación de factores causales como: aumento de la radiación ultravioleta, el aumento de las actividades al aire libre, cambios en el estilo de ropa, agotamiento de la capa de ozono. (7,41)

A pesar de la tasa elevada de incidencia a nivel global del CPNM, sigue siendo minimizada y poco valorada por su baja mortalidad, en comparación al melanoma. (59)

En relación al sexo se determinó una mayor prevalencia del sexo masculino en comparación al género femenino.

La literatura revisada corrobora la relación existente en cuanto al sexo siendo la incidencia mayor en los hombres que en mujeres debido a su mayor exposición a la luz solar sea esta por su ocupación profesional o entretenimiento.

La incidencia de masas tumorales palpebrales aumenta con la edad, posiblemente a una mayor susceptibilidad de los pacientes y de la dosis acumulativa de UVR. (52)

En el presente estudio, se determinó la prevalencia en el grupo de edad entre los 60 y 80 años. La edad media de los pacientes fue de 73 años. En relación a la edad de los pacientes es indudable la similitud encontrada con estudios en los cuales se observa la aparición de este tipo de lesiones en la séptima década. (30,48,41, 54, 61,62, 63)

Los pacientes provenientes de sector rural están más predispuestos a tener este tipo de lesión. En estudios consultados se demuestra que aquellas personas que realizan actividades laborales en el campo, al aire libre tienen una mayor predisposición a este tipo de lesiones, seguidos por aquellos individuos que no realizan ninguna actividad al aire libre , quehaceres domésticos, etc. (13)

Localización anatómica.

La localización anatómica más frecuente fue en el parpado inferior, seguido del canto interno, a continuación lesiones situadas en parpado superior y por último en el canto externo. Esto confirma los hallazgos realizados en otros informes en relación a la distribución de las afecciones tumorales en las distintas subunidades estéticas palpebrales siendo esta distribución anatómica una constante a nivel mundial. (41,48,52,62,64,65)

Diagnóstico oncológico.

Los carcinomas basocelulares y espinocelulares se encuentran generalmente en áreas expuestas al sol, especialmente localizadas en cabeza y cuello (7,41) Muchos estudios han demostrado que el sitio de mayor predilección de masas malignas cutáneas se encuentra en las zonas expuestas al sol como son los párpados.

El diagnóstico de carcinoma basocelulares o espinocelulares fue determinado clínicamente en la consulta externa y confirmado en el análisis histopatológico realizado a todos los pacientes sometidos a reconstrucción palpebral (7)

Como en muchos centros hospitalarios por la gran demanda quirúrgica no siempre fue posible obtener un resultado preliminar de la biopsia excisional. El informe histopatológico además de confirmar el diagnóstico confirma la extirpación completa de la lesión tumoral. (7)

Sin embargo no debemos olvidar que la evolución prolongada y sin tratamiento puede tener importantes consecuencias secundarias debido al poder destructivo local especialmente en zonas como el canto interno del ojo, la órbita. (15, 54, 48)

En el estudio realizado por Arias Soto et al en la casuística de 61 pacientes, el carcinoma basocelulares es el tumor maligno más frecuente en 45 pacientes (73,8%), seguido del escamocelular en 16 pacientes (26,2%). (49)

En un estudio realizado en Paraguay por Martínez Vera entre los tumores malignos las principales patologías diagnosticadas fueron: carcinoma

basocelulares en 63 pacientes (82%); carcinoma escamoso en 7 pacientes (9%); carcinoma sebáceo en 6(7,7%) y melanoma maligno en 1 paciente (1,3%). (60)

El informe brasileño de Soares et al se encontraron 54 tumores malignos palpebrales, 41(75,92%) carcinomas de células basales, 7(12,96%) carcinoma de células escamosas, 4(7; 40%) melanomas, 1(1,85%) Ca indiferenciado, 1(1,85%) lentigo maligno. (62)

En el presente estudio se diagnosticó 89 casos de CPNM, 80casos corresponde al (90 %) de CBC con predominio del tipo nodular. Mientras 9 casos diagnosticados como (10%) CEC, no se encontró ningún caso de melanoma. A nivel mundial, la incidencia de cáncer de piel no melanoma ha aumentado progresivamente en las últimas décadas. (45,66)

El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de los carcinomas de párpados es muy importante, ya que un retraso entre la detección y el tratamiento ocasiona un aumento del tamaño de la lesión, riesgo de invasión orbitaria como en el caso de los carcinomas escamocelulares lo que por ende empeora el pronóstico de la enfermedad.

Sumado a esto la proporción de pacientes de la tercera edad que provienen de niveles socioeconómicos bajos y la falta de conciencia de la salud de los pacientes. (65,67)

Técnicas quirúrgicas reconstructivas.

Los procedimientos quirúrgicos empleados en reconstrucción palpebral en este estudio confirman que no existe una técnica específica para cada subunidad estética del párpado, es en sí el defecto creado post extirpación oncológica el determinante del uso de tal o cual método.

Sin embargo la comunicación entre el cirujano oncólogo y plástico a la hora de señalar los límites de seguridad en la resección permite una marcación segura orientada geométricamente alcanza mejores resultados al elevar los colgajos.

Evitando pérdidas innecesarias de tejido sano que muy bien pueden ser aprovechados en la reparación de la anomalía cutánea además de evitar complicaciones postoperatorias tanto funcionales como estéticas. (67)

Hasta el momento la extirpación quirúrgica constituye el procedimiento más efectivo por su alta tasa de curación hasta 98%. (68)

También es imprescindible señalar que los márgenes de seguridad para lesiones tumorales cutáneas en párpados oscila entre un rango de 3 a 10mm. Estos márgenes de seguridad se relacionan directamente con las dimensiones de la neoplasia palpebral y las características clínicas histológicas que están presentes. (7,15)

De los resultados obtenidos se desglosa: Para lesiones en párpado inferior con lesiones cancerígenas superiores al 50%, el colgajo de Mustarde fue el más utilizado, y mejores resultados proporciono al combinarlo con injertos condromucosos obtenidos de concha auricular y septum nasal en los casos de reconstrucción tanto de la lámina anterior y posterior.

En lesiones tumorales donde hubo compromiso de hasta tres cuartos de la lámina anterior del párpado que comprometían incluso el canto interno se combinó Mustarde con colgajo frontoglabelar, mediofrontal.

En casos severos con infiltración que comprometía la estructura ocular procediendo a la excenteración orbitaria se utilizó el colgajo del musculo temporal para la reconstrucción asociado a injerto de piel total. En los procesos tumorales con pérdidas hasta el 50% se realizó el colgajo de Tripier, Tenzel, cierre directo más cantolisis externa.

Para lesiones malignas en párpado inferior con compromiso de canto externo que incluso invadía párpado superior se utilizó el colgajo de Fricke.

Y en deformidades menores del 25% se procedió a realizar cierre directo, colgajo VY, Z plastia, injerto de piel total, este resultado nos confirma que para una lesión con un determinado grado de complejidad los colgajos locales constituyen el tratamiento adecuado.

También cabe destacar que la extirpación quirúrgica del tumor realizada por el cirujano oncólogo, el defecto resultante de esta resección en muchos casos cambio la planificación programada por lo cual es importante tener conocimiento

esenciales de cada técnica, los atributos e inconvenientes de cada uno, a fin de asegurar la selección de la estrategia más favorable para cada caso en particular.

En las distintas publicaciones revisadas la mayoría de autores concuerda en que no existe una técnica determinada para cada tipo de lesión, esto debido a la complejidad de cada una, localización, tamaño, profundidad, edad, etc. (3, 4, 42, 45, 67, 68,70)

Complicaciones.

En los casos donde se combinó dos colgajos para reparar la cubierta externa de piel conjuntamente con injertos condromucosos para parpado inferior se evidencio el mayor número de complicaciones postoperatorias como el ectropión, epifora, debido al uso de colgajos cutáneos de distinto grosor que en etapas tardías debido a la acción de la gravedad, laxitud de la piel y la contracción de la cicatriz produciendo la aparición de este tipo de complicaciones.

Así mismo al existir algún margen quirúrgico comprometido determinó la presencia de recidiva tumoral, ocasionando el reprise quirúrgico o el tratamiento de radioterapia. Dentro de los estándares mundiales se acepta un porcentaje de 4 – 11% como norma en relación a la recidiva tumoral.

Los casos complejos que presentan secuelas de asimetría en longitud y altura fue necesario cirugía secundaria para corregir la mala posición palpebral.

Martínez et al., reporta entre las complicaciones más frecuentes la dehiscencia de sutura y de sufrimiento vascular como las principales. (60)

En la literatura revisada no he encontrado estudios en los cuales se analice el porqué de las complicaciones presentadas en la reconstrucción palpebral a excepción del señalado anteriormente.

Grado de satisfacción.

En relación de la evaluación del paciente este estudio reveló que los pacientes atendidos evolucionaron satisfactoriamente, el grado de aceptación por el resultado funcional y cosmético fue positivo. (60)

Es necesario señalar que el grado de satisfacción del paciente difiere del criterio médico, quién por naturaleza siempre planea mejorar el resultado.

La activa participación de la musculatura facial en la mímica y en las relaciones interpersonales, la perfecta simetría de todos los componentes faciales es fundamental al momento de reconstruir alteraciones tumorales. (70)

Los parpados como elementos protectores del ojo participan en la expresión visual, las modificaciones cancerígenas conllevan no solo cambios físicos sino trastornos de la percepción humana ante los demás. (70)

Si bien es cierto hay numerosos trabajos de investigación a nivel mundial sobre cáncer de piel melanoma y no melanoma. En la producción científica nacional existen pocos informes de casuística que engloben una determinada unidad anatómica en oncología reconstructiva oculoplástica por lo tanto considero que este documento contribuye al inicio de nuevos trabajos investigativos encaminados a explorar nuevos parámetros de inclusión derivados desde este estudio o plantear nuevos estudios relacionados con cirugía reconstructiva oncológica.

9. CONCLUSIONES.

1. Las características sociodemográficas estudiadas revelan que las personas que presentan con mayor frecuencia este tipo de lesiones malignas cutáneas están entre edades comprendidas de 60 a 80 años de sexo masculino.
2. En relación a las características clínicas oncológicas se evidencia una prevalencia del carcinoma basocelulares sobre el carcinoma espinocelulares.
3. En correlación a la localización de este tipo de lesiones en las distintas subunidades estéticas palpebrales fue más frecuente en el párpado inferior.
4. Las lesiones oncológicas en su totalidad fueron manejadas de acuerdo al porcentaje de pérdida de la subunidad anatómica palpebral comprometida.
5. Las complicaciones presentadas en la reconstrucción oncológica palpebral se encuentra dentro de los límites aceptables de dificultad de acuerdo a la magnitud de la reparación realizada.
6. En relación al grado de satisfacción determinado por los pacientes en cuanto a su aspecto postoperatorio fue muy bueno, si tenemos en cuenta que las grandes alteraciones anatómicas que se producen sobre todo cuando hay compromiso ocular y se planifica realizar excenteración orbitario conlleva un desgaste emocional para el paciente y familia.

7. Sin lugar a dudas la prevención oportuna de este tipo de lesiones disminuye los gastos hospitalarios por ello es fundamental llevar un programa de salud a nivel nacional para sociabilizar sobre el cáncer de piel.

En fin, la compleja anatomía del párpado afectado por las lesiones tumorales que ocasionan destrucción de esta estructura tan particular, asociada a factores ambientales, genéticos, sociodemográficos, culturales, económicos muchas veces son poco valorados.

Hasta observar una deformidad que afecta la apariencia, autoestima y las relaciones interpersonales por parte de quien la sufre, buscando entonces solución a su problema llegan al ION – SOLCA núcleo del Guayas con la esperanza de corregir esta enfermedad.

Por eso es importante estar preparados para resolver esta tipo de necesidad por parte de los pacientes, el tener el conocimiento necesario, experiencia y la habilidad quirúrgica en el manejo de las distintas opciones terapéuticas maniobradas eficazmente para solucionar el problema.

Definitivamente la utilización de colgajos de vecindad sigue siendo el pilar fundamental en la reconstrucción palpebral oncológica, la misma que realizada a tiempo cuando las dimensiones del tumor son mínimos conlleva a mejores resultados tanto funcionales como estéticos, disminuyendo la morbi-mortalidad y por ende permite la integración del paciente a su vida social y familiar incrementando su calidad de vida y supervivencia.

Sin duda alguna la evaluación y tratamiento de este tipo de patologías debe realizarse por un equipo multidisciplinario cuyo único propósito es prevenir el avance de la enfermedad.

10. RECOMENDACIONES.

Orientar a médicos y personal de salud en atención primaria, sobre lesiones anómalas de dudosa etiología en piel y sean inmediatamente transferidos para el tratamiento de especialidad.

Educar a la población en general que debe acudir de inmediato al subcentro de salud más cercano ante la sospecha de cambios en su anatomía palpebral o una lesión crónica que no cicatriza.

Prevenir a la población a través de programas de radio, televisión, conferencias en las distintas instituciones educativas sobre los cuidados a tener para prevenir la aparición de lesiones cancerígenas cutáneas, esto debe constituir una política de estado en aras de salvaguardar la integridad física y psicológica de los ciudadanos.

El MSP actualmente lleva a cabo un sistema integral de salud RED en el cual el paciente de escasos recursos económicos con alteraciones oncológicas y de otra naturaleza tenga acceso al tratamiento oportuno y no lo abandone por falta de recursos económicos.

La prevención es sin lugar a dudas el primer paso hacia la concientización para evitar tratamientos reconstructivos extensos, mientras más

temprano sea diagnosticado y tratado un tumor localizado en parpado mejores serán los resultados tanto funcionales como estéticos obtenidos.

11. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

1. Cook BE, Bartley GB. Treatment options and future prospects for the management of eyelid malignancies an evidence-based update. *Ophthalmology* [Internet]. 2001;108(11):2088–98. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0161642001007965>
2. Hintschich C. Periocular plastic surgery. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2010 [cited 2014 Aug 8];107(9):141–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2841849/>
3. Hayano SM, Whipple KM, Korn BS, Kikkawa DO. Principles of Periocular Reconstruction following Excision of Cutaneous Malignancy. *J Skin Cancer* [Internet]. 2012 Jan [cited 2014 Jul 30];2012:1–6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3534396&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
4. Sharma V, Benger R, Martin PA. Techniques of periocular reconstruction. *Indian JOphthalmol.* 2006;54(3):149–58.
5. León B. Reconstrucción en Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello: Perspectivas. *incan.org.mx* [Internet]. 2007 [cited 2014 Aug 6];2:39–46. Available from: <http://incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1181662791.pdf>
6. Alghoul M, Pacella SJ, McClellan WT, Codner M a. Eyelid reconstruction. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2013 Aug [cited 2014 Jul 30];132(2):288e–302e. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23897357>
7. Jankovic I, Kovacevic P, Visnjic M, Jankovic D, Binic I, Jankovic A. Does incomplete excision of basal cell carcinoma of the eyelid mean tumor recurrence? *An Bras Dermatol* [Internet]. 2010;85(6):872–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21308312>
8. Zemelman D. Radiación ultravioleta, epidemiología del cáncer cutáneo y factores de riesgo. *Rev Hosp Clin Univ Chile* [Internet]. 2007 [cited 2014 Aug 8];18(3):239–46. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=499045&indexSearch=ID>
9. Rivadeneira Vargas, Xavier. Rivadeneira , Maritza. Cevallos E. Cáncer de piel. In: 1 HGD las FAAN, editor. *FUNDAMENTOS DE ONCOLOGIA* [Internet]. 1st ed. Quito: Mauricio Mena J.; 2003 [cited 2014 Aug 8]. p. 113–26. Available from: <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=fm3IAwAAQBAJ&oi=fnd&dq=Fundamentos+de+Oncolog%C3%ADa&ots=wW-7yt27y2&sig=EDzl3nvwJMA7h7eJkB5pOrLP930>

10. Terán F. Piel excepto melanomas. In: Cueva, Patricia. Yépez J, editor. EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER EN QUITO 2003- 2005 SOLCA Registro Nacional de Tumores Quito. 1st ed. Quito; 2009. p. 124–32.
11. Martin I. Spinelli, Newman. Spinelli H. Reconstruction of the eyelids, correction of ptosis, and canthoplasty. In: Thorne, Charlie H. Beasley, Robert. Aston, Sherrell. Bartlett, Scott. Gurtner, Geoffrey. Spear S, editor. Grabb and Smith's plastic surgery [Internet]. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007 [cited 2014 Aug 6]. p. 397–416. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:GRABB+AND+SMITH'+S+PLASTIC+SURGERY#0>
12. Arías S J, Abreu F, Ortiz M, Despaigne J MS. Reconstrucción palpebral inferior después de la escisión de tumores malignos Lower eyelid reconstruction after excision of malignancies. MEDISAN. 2013;17(7):2053–8.
13. Young C, Rushton L. Occupational cancer in Britain. Skin cancer. Br J Cancer [Internet]. Nature Publishing Group; 2012 Jun 19 [cited 2014 Jul 30];107 Suppl (S1):S71–5. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3384021&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
14. Chinem, Valquiria P. Miot H. Epidemiology of basal cell carcinoma Epidemiologia do carcinoma basocelular. An Bras Dermatolog. 2011;86(2):292–305.
15. Rene C. Oculoplastic aspects of ocular oncology. Eye (Lond) [Internet]. Nature Publishing Group; 2013 Feb [cited 2014 Jul 23];27(2):199–207. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3574244&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
16. Frías, Roberto. Remóm, Elizabeth. Futiel, Niurka. Hernández LA. Resultados del tratamiento quirúrgico de los tumores malignos del párpado inferior. Rev Cuba Cirugía [Internet]. 2008 [cited 2014 Aug 8];47(2). Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281223007001>
17. Monroe, M. Meyers A. Cutaneous Squamous Cell Carcinoma [Internet]. 2014 [cited 2014 Aug 8]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/1965430-overview#aw2aab6b2b6>
18. Victoria Bázquez H. El cáncer cutáneo no melanoma: un problema de salud actual. Arch Médico Camagüey [Internet]. 2009;13(2):2–5. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211116125002.pdf>
19. Muse I. Manual de oncología para el nivel primario de atención. [Internet]. Montevideo; 2013. Available from: http://www2.msp.gub.uy/uc_2103_1.html
20. Lukaszuk, B. Cidral Muniz, E. Leite da Veiga, M. Iribas J. Aspectos Epidemiológicos del cáncer no melanoma de piel en un servicio de dermatología de la ciudad de Santa Fe - Argentina 2007. Rev Argent Dermatol. 2008;89(1):30–6.

21. Hernández, Arturo. Toiber M. Cáncer de piel de cabeza y cuello. In: Moderno M, editor. Fundamentos de Oncología [Internet]. 1st ed. México; 2009. p. 190 –201. Available from: <http://medicomoderno.blogspot.com>
22. O BE, Álvarez S J MGG. INVESTIGACIÓN ORIGINAL Análisis Retrospectivo del carcinoma cutáneo tipo basocelular y escamocelular en Bogotá-Colombia:Epidemiología,prevención y tratamiento. RevFac Med [Internet]. 2009;57(1):40–8. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112009000100005
23. Jurado F, Medina-Bohorquez A, Gutiérrez-vidrio RM, Ruiz-rosillo JM. Prevalencia del cáncer de piel. REv Med Inst Mex Seguro Soc. 2011;49(3):253–8.
24. Guayaquil R. En Solca se registra un aumento del 57% de casos de cáncer de piel. El Telegrafo [Internet]. Guayaquil; 2012 Jan 16 [cited 2014 Aug 8]; Available from: <http://www.telegrafo.com.ec/noticias/guayaquil/item/en-solca-se-registra-un-aumento-del-57-de-casos-de-cancer-de-piel.html>
25. El ca de piel acecha al Ecuador. Diario Hoy [Internet]. Quito; Available from: <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/el-cáncer-de-piel-acecha-al-ecuador-313676.html>
26. Nader R. Radiación solar en Ecuador es "la más alta del planeta [Internet]. Cuenca; 2008. Available from: <http://www.exa.ec/indnews/hiperrion/Diario El Mercurio Cuenca E...pdf>
27. Hernández López HE. “CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y CLÍNICA DE PACIENTES CON CÁNCER DE PIEL, EN EL INSTITUTO DE DERMATOLOGÍA Y CIRUGÍA DE PIEL (INDERMA)” [Internet]. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2007. Available from: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8592.pdf
28. American Cancer SocietyAdn E. Cáncer de piel : células basales y células escamosas ¿Qué es el cáncer? [Internet]. Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003076-pdf.pdf>
29. Rodriguez, Gerardo.Puente, Elieser.Peña Lora T. Tumor palpebral. Presentacion de caso clinico [Internet]. Revista Electronica Portales Médicos. 2011 [cited 2014 Aug 6]. Available from: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3430/1/Tumor-palpebral-Presentacion-de-caso-clinico.html>
30. Zaragoza CP, Llanes F, Gómez T, Zato MÁ, Zaragoza P. El carcinoma basocelular palpebral. Lab Thea Innov. (25).
31. Hernández-Zárate SI, Medina-Bojórquez A, López Tello Santillán AL., Alcalá Pérez D. Artículo original Epidemiología del cáncer de piel en pacientes de la Clínica de Dermato-oncología del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. Estudio retrospectivo de los últimos ocho años. Dermatol Rev Mex. 2012;56(1):30–7.
32. Ho, S F. Brown, L. Bamford, M. Sampath ,R and Burns J. 5 years review of periocular basal cell carcinoma and proposed follow up protocol. Eye [Internet]. 2013 [cited

- 2014 Aug 12];27(1):78–83. Available from: <http://www.nature.com/eye/journal/v27/n1/pdf/eye2012230a.pdf>
33. Fernandez de la Fuente P. CIRUGÍA ESTÉTICA DE PÁRPADOS Y CEJAS. [Internet]. 1998 [cited 2014 Aug 6]. Available from: <http://www.oftalmo.com/publicaciones/cirugia-parpados/cap01.htm>
 34. Spinelli HM. Anatomía. In: ELSEVIER, editor. Atlas de Cirugia Estetica Periocular y de Parpado. New York, NY; 2005. p. 1– 27.
 35. García Rozado González ALCCJL. Reconstrucción de la región orbitopalpebral. In: Imprint E, editor. Atlas de colgajos locales en la reconstrucción de cabeza y cuello [Internet]. Madrid: Burgueño, M; 2007 [cited 2014 Aug 7]. p. 207 – 261. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Atlas+de+colgajos+locales+en+la+reconstruccion+de+cabeza+y+cuello#0>
 36. Drake, Richard.Volg, Wayne.Mitchell A. Gray - Anatomia Para Estudiantes. Madrid: Elsevier; 2005. p. 831–5.
 37. Pró E. Sentidos. In: PANAMERICANA M, editor. Anatomía clínica [Internet]. 1st ed. Buenos Aires-; 2012 [cited 2014 Jul 31]. p. 324–8. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Anatomía+Clínica#1>
 38. Harris, Paul. Mendelson B. Eyelid and Midcheek Anatomy. In: Fagien S, editor. Putterman’s Cosmetic Oculoplastic Surgery. 4th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008. p. 45–54.
 39. Grappolini S, Lecciso L, Valle A Della. Blefaroplastia y Técnicas ancilares. 1st ed. AMOLCA, editor.
 40. Choi JH, Kim YJ, Kim H, Nam SH, Choi YW. Distribution of Basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma by facial esthetic unit. Arch Plast Surg [Internet]. 2013 Jul;40(4):387–91. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3724000&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 41. Gutiérrez M, Ulloa J, Ulloa P. Colgajos cutáneos en cirugía oncológica facial. Rev Otorrinolaringol y cirugía Cabeza Cuello [Internet]. 2012 [cited 2014 Aug 8];(72):39–48. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48162012000100007&script=sci_arttext
 42. Saito A, Saito N, Furukawa H, Hayashi T, Oyama A, Funayama E, et al. Reconstruction of periorbital defects following malignant tumour excision: a report of 50 cases. J Plast Reconstr Aesthet Surg [Internet]. Elsevier; 2012 May 1 [cited 2014 Aug 9];65(5):665–70. Available from: [http://www.jprasurg.com/article/S1748-6815\(11\)00537-7/abstract](http://www.jprasurg.com/article/S1748-6815(11)00537-7/abstract)
 43. Wessels WLF, Graewe FR, van Deventer P V. Reconstruction of the lower eye lid with a rotation-advancement tarsoconjunctival cheek flap. J Craniofac Surg [Internet].

- 2010 Nov;21(6):1786–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21119421>
44. Uribe C, Meza E, Ávila M. metropolitana de Bucaramanga . Basado en el registro. Rev Asoc Col Dermatol [Internet]. 2007;15(4):275–9. Available from: <http://www.revistasocolderma.com>
 45. Lalwani A, Martinez S. Diagnóstico y tratamiento en otorrinolaringología, cirugía de cabeza y cuello [Internet]. 2nd ed. GrawHill. M, editor. México.; 2009 [cited 2014 Aug 9]. Available from: <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=SUV.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=015480>
 46. Moreno, Luis.Gálvez, Alberto.Heidari, Habib.Bengoa, Alvaro.Gómez, Isabel.Gutiérrez, Esperanza.Mencia, Enrique.Calle, María Soledad.Gutiérrez A. Párpados , c o n j u n t i v a y e s c l e r a. Atlas Urgencias en Oftalmología [Internet]. p. 102–8. Available from: http://hispasante.hispagenda.com/documentacion/guias/medicina/oftalmologia/atlasurgencias1/S3_Parpados_conjuntiva_esclera.pdf
 47. Montes L, Marino E. Tratamiento quirúrgico del epiteloma basocelular. Rev la Asoc ... [Internet]. 2009 [cited 2014 Aug 8];122(1):21–31. Available from: <http://www.ama-med.org.ar/descargacontenido/94>
 48. Mannor GE, Chern PL, Barnette D. Eyelid and periorbital skin basal cell carcinoma: oculoplastic management and surgery. Int Ophthalmol Clin [Internet]. 2009 Jan;49(4):1–16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20348854>
 49. Arias Soto J, Santos D, García, Madeline.Ortiz MMS. Características clinicoepidemiológicas de pacientes con tumores palpebrales malignos. MEDISAN. 2012;16(12):1870–6.
 50. Mateos E, Ancochea G. Resección de melanoma palpebral y reconstrucción mediante técnica de Hughes. Rev Lab Thea.com [Internet]. 2007 [cited 2014 Aug 8];(29). Available from: <http://www.laboratoriossthea.com/archivos/publicaciones/00035.pdf>
 51. Graña, Rosario. Rojas, Berta. Gimeno MA. Reconstrucción de Párpados y Cejas. Manual de Cirugía Plástica SECPRE. 2001.
 52. Thornton JF, Kenkel JM. Eyelid Reconstruction. Sel Readings Plast Surg. 2005;10(8).
 53. Olmos M, Portilla N, Castro C. Tratamiento quirúrgico y reconstrucción del cáncer periorbitario. Rev la Asoc ... [Internet]. 2012 [cited 2014 Aug 12];3(21):226–38. Available from: http://revistasocolderma.org/files/pdf_completo_Volumen_21_Numero_3_septiembre2013.pdf#page=32
 54. Hernández Y. Resultados estéticos en la reconstrucción de tumores palpebrales - [Internet]. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. 2011 [cited 2014 Aug 7]. Available from: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3419/2/Resultados-esteticos-en-la-reconstruccion-de-tumores-palpebrales>

55. Bashour;Mounir. Lower Eyelid Reconstruction Treatment & Management [Internet]. Medscape. 2013 [cited 2014 Aug 7]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/1281955-treatment>
56. Bashour;Mounir. Upper Eyelid Reconstruction Procedures Treatment & Management [Internet]. Medscape. 2013 [cited 2014 Aug 7]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/1282054-treatment>
57. Fante RG. Reconstruction of the eyelids. In: Mosby, editor. Local Flaps in Facial Reconstruction. 2nd ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2010. p. 387 –413.
58. Abulafia J, Saladino C. Manejo quirúrgico conservador del epiteloma basocelular infiltrante del canto interno. Cirugía Plástica Ibero Latinoam [Internet]. 2011 [cited 2014 Aug 8];37(1):7–20. Available from: <https://medes.com/publication/66998>
59. Lafon L, Ronco Á. Análisis de la distribución geográfica del cáncer en Montevideo. Rev Médica del Uruguay [Internet]. 2002 [cited 2014 Aug 7];18(1):36–47. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Análisis+de+la+distribución+geográfica+del+cáncer+en+Montevideo#0>
60. Vera M, Rivas M, Caballero A, Cabral C. Hallazgos y desafíos para la reconstrucción Findings and challenges for reconstruction. 2013;39.
61. Gómez, Cabrera, CG . Santos, Dania. Falcón I. Carcinoma basocelular de los párpados. Rev Cuba Oftalmol [Internet]. 2001 [cited 2014 Aug 8];14(2):120–4. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21762001000200008&script=sci_arttext&lng=en
62. Soares E, Belo C, Reis A, Nunes R, Mason E. Tumores malignos da pálpebra. Arq Bras Oftal [Internet]. 2001 [cited 2014 Aug 4];287–9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v64n4/12309.pdf>
63. Rodríguez Castellano MA, . AVM, Hernández Torres M. Estudio clínico-epidemiológico de tumores en los párpados. Estudio retrospectivo de cinco años. Dermatología Rev Mex [Internet]. 2011;55(2):63–8. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2011/rmd112b.pdf>
64. Soysal HG, Markoç F. Invasive squamous cell carcinoma of the eyelids and periorbital region. Br J Ophthalmol [Internet]. 2007 Mar [cited 2014 Jul 15];91(3):325–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1857650&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
65. Hidalgo HM, Vázquez KM, María R, Olivera P, Henningsen TU. Artículo original Versatilidad del colgajo cérvico-facial para la reconstrucción de defectos en pacientes con cáncer de piel no melanoma de la mejilla o el párpado inferior (o ambos). Dermatol Rev Mex. 2013;57(1):3–9.
66. Juan DP, Enrique TR, Carlos GP. Cáncer de piel no melanoma. Aspectos clínicos-patológicos.

67. Bagheri A, Tavakoli M, Kanaani A, Zavareh RB, Esfandiari H, Aletaha M, et al. Eyelid masses: a 10-year survey from a tertiary eye hospital in Tehran. *Middle East Afr J Ophthalmol* [Internet]. 2013 [cited 2014 Jul 30];20(3):187–92. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3757624&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
68. García Martín E, Fernández Tirado FJ. Tendencias en el tratamiento de los carcinomas basocelulares perioculares. *Arch Soc Esp Oftalmol* [Internet]. 2010 Aug [cited 2014 Aug 12];85(8):261–2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21130940>
69. Chang C-H, Chang S-M, Lai Y-H, Huang J, Su M-Y, Wang H-Z, et al. Eyelid tumors in southern Taiwan: a 5-year survey from a medical university. *Kaohsiung J Med Sci* [Internet]. Elsevier; 2003 Nov [cited 2014 Aug 4];19(11):549–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14658483>
70. Galvez JC. DEFORMIDADES FACIALES ADQUIRIDAS Reconstrucciones de Párpados, Nariz y Labios. *Inst Nac Oncol y Radiobiol Serv Cirugía Reconstr* [Internet]. 2010;1–6. Available from: <http://files.sld.cu/cirugiareconstructiva/files/2010/08/deformidades-faciales-adquiridas.pdf>

12. ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.
RECONSTRUCCION PALPEBRAL EN ONCOLOGIA.

I.- IDENTIFICAR LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS.

- 1.-Edad
- 2.- Sexo.
- 3.-Procedencia

II.-IDENTIFICAR LAS CARACTERISTICAS CLINICO ONCOLOGIAS QUE AMERITAN PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS POR CIRUGÍA PLASTICA.

- 1.- Características clínicas oncológicas de las lesiones:
 - a.- carcinoma basocelular.
 - b.- carcinoma espinocelular.
- 2.-Localización anatómica por subunidades estéticas palpebrales:
 - a.- parpado superior.
 - b.- parpado inferior.
 - c.- canto externo.
 - d.- canto interno.

III.- TECNICA RECONSTRUCTIVA EMPLEADA EN CADA LESION

- 1.- Procedimiento quirúrgico
 - a.- colgajo cutáneo.
 - b.- colgajo fasciocutaneos.
 - c.- colgajos musculares.
 - d.- injertos.
 - e.- otros.
- 2.- Complicaciones quirúrgicas postoperatorias.
 - a.- ectropión.
 - b.- epifora.
 - c.- dehiscencia de sutura.
 - d.- recidiva.
 - e.- ninguna.

IV.- GRADO DE SATISFACIÓN DEL PACIENTE.

- a.- Excelente.
- b.- Muy buena.
- c.- Buena.
- d.- Mala.

