

CAPÍTULO  
**2.9**

## Tumores del estroma palpebral

Raquel Lapuente Monjas, Nicolás Toledano Fernández, Bazil T. L. Stoica

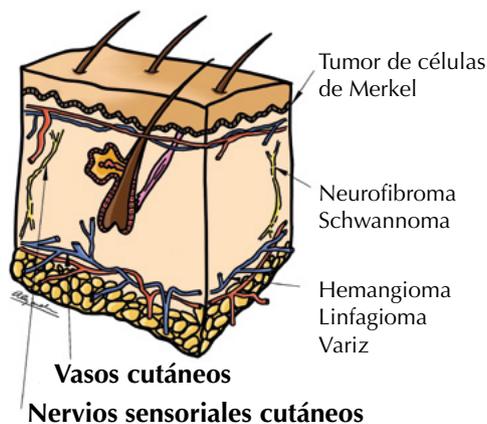
La mayoría de los tumores del estroma palpebral son infrecuentes. Se pueden clasificar según su tejido de origen (fig.1) en: vasculares, neurales, fibrohistiocíticos, fibrosos, linfoproliferativos, miogénicos, y lipomatosos. Debido a su rareza, sólo revisaremos los tumores más comunes del estroma palpebral (tabla 1).

### TUMORES VASCULARES

#### Hemangioma capilar

Este es el tumor vascular más común del párpado y es el tumor benigno más frecuente en niños. Clínicamente, existen dos variantes, la superficial (fig. 2A y B) y la profunda (fig. 3).

El manejo generalmente es la observación hasta la regresión espontánea si no existen complicaciones. Actualmente contamos con fármacos betabloqueantes, como el propranolol, que han demostrado ser altamente efectivos y seguros (1).



**Fig. 1:** Sección por la piel palpebral - origen tumores estromales (ilustración por Alejandra Álvarez Brandt).

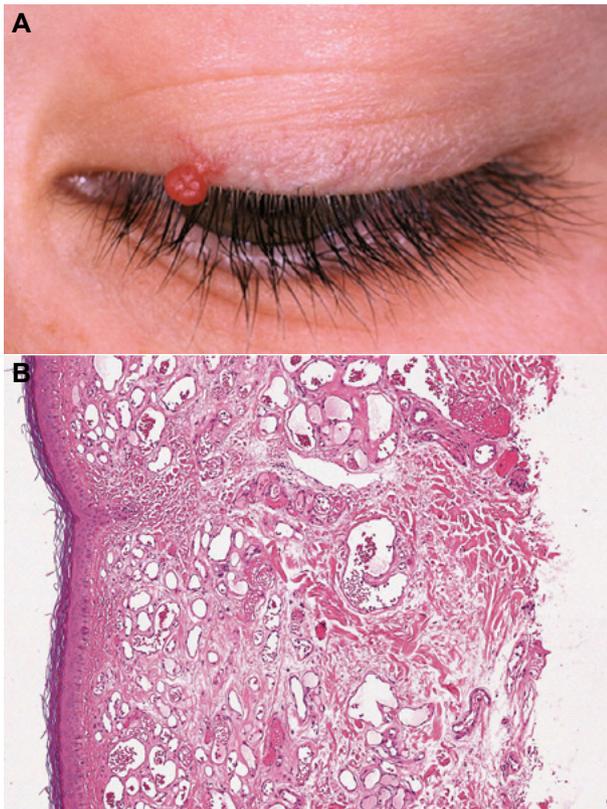
**Tabla 1. Tumores del estroma palpebral**

<b>Vasculares</b>	Benignos	Hemangioma capilar
		Nevus flammeus
		Linfangiomas
		Hemangioma cavernoso
		Hemangioma senil
		Varices
	Malignos	Angiosarcoma
Sarcoma de Kaposi		
<b>Neurales</b>	Benignos	Neurofibroma Plexiforme
		Neurofibroma solitario
		Schwannoma
	Malignos	Tumor de células de Merkel
Tumor malignos de los nervios periféricos		
<b>Fibrohistiocíticos</b>	Xantelasma	
	Xantogranuloma	Juvenil
		Del adulto
		Necrobiótico
<b>Fibrosos</b>	Histiocitoma fibroso	
	Fascitis nodular	
	Fibrosarcoma	
<b>Linfoproliferativos</b>	Linfoma	
	Hiperplasia linfoide reactiva	
	Infiltración leucémica palpebral	
	Metástasis palpebral (mama, pulmón, melanoma)	

(Continúa en pág. siguiente)

Tabla 1 (Cont.): Tumores del estroma palpebral

Miogénicos	Músculo liso	Leiomioma
		Leiomiosarcoma
	Músculo esquelético	Rabdomioma
Lipomatosos	Lipoma	
	Quiste dermoide	
	Liposarcoma	



**Fig. 2:** A. Hemangioma capilar. B. Hemangioma capilar - imagen de anatomía patológica (AP), tinción hematoxilina-eosina (HE) (cortesía Dra. Radia Khedaoui).

### ***Nevus flammeus (mancha en vino de oporto)***

Es una malformación vascular congénita difusa de la cara con afectación de los párpados y la zona periocular. Suele ser unilateral, aparece desde el nacimiento y puede volverse más oscura y más grande con el tiempo (2). Clínicamente, la lesión es plana, presentando un tono más oscuro y violáceo que el hemangioma capilar y, a diferencia de éste, no se blanquea con la presión y no involuciona. Alrededor del 10% de los pacientes con nevus flammeus del párpado están asociados con el síndrome de Sturge-Weber (fig. 4)(3,4) y presentan mayor riesgo de desarrollo de glaucoma (3). La terapia láser se usa como tratamiento.

### ***Hemangioma palpebral adquirido (hemangioma senil o hemangioma cereza)***

Son proliferaciones vasculares cutáneas benignas comunes. Generalmente aparecen como pá-



**Fig. 4:** Nevus flammeus (mancha en vino de Oporto) (cortesía Dr. D. Jordan).



**Fig. 3:** Hemangioma capilar profundo.

pulas redondas y ovaladas, asintomáticas, únicas o múltiples, en forma de cúpula, de 1 a 5 mm de tamaño y de color rojo brillante en personas de edad avanzada (fig. 5A). Su número tiende a aumentar con la edad. Histológicamente, consisten en capilares recién formados que tienen luces estrechas y proliferación de células endoteliales prominentes que están dispuestas en un patrón lobulillar en la dermis papilar (fig. 5B)(5). El tratamiento ya sea con escisión quirúrgica o terapia láser tiene una finalidad cosmética, ya que son asintomáticas y benignas.

### Variz palpebral

Las varices a nivel palpebral generalmente son una extensión anterior de una variz orbitaria. Son consideradas malformaciones venosas, generalmente unilaterales, constituidas por un plexo de vasos venosos anómalos, de bajo flujo y baja presión (fig. 6) que presentan comunicación directa con el sistema venoso sistémico. Pueden ser primarias (congénitas) o secundarias a traumatismos orbita-



Fig. 6: Variz palpebral.

rios o a cambios hemodinámicos importantes. La mayoría de los pacientes presentan proptosis posicional con la cabeza hacia abajo y proptosis intermitente que aumenta con la tos, el esfuerzo, la maniobra de Valsalva o la compresión de las venas yugulares. Algunos pacientes presentan además diplopía intermitente (6). Las lesiones pequeñas no suelen requerir tratamiento pero si aparece alguna complicación como la trombosis recurrente, la proptosis intensa, el dolor o la compresión del nervio óptico, éstas deberán tratarse ya sea mediante escisión quirúrgica o embolización endovascular (7).

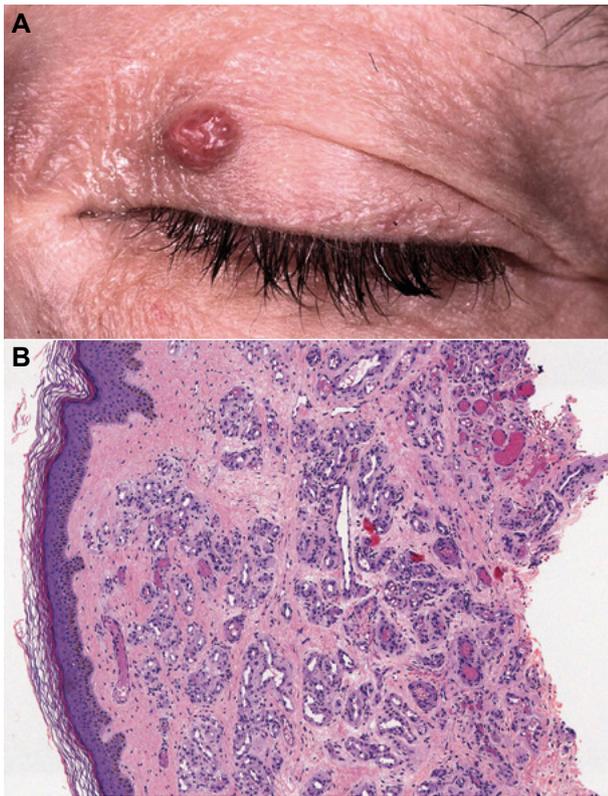
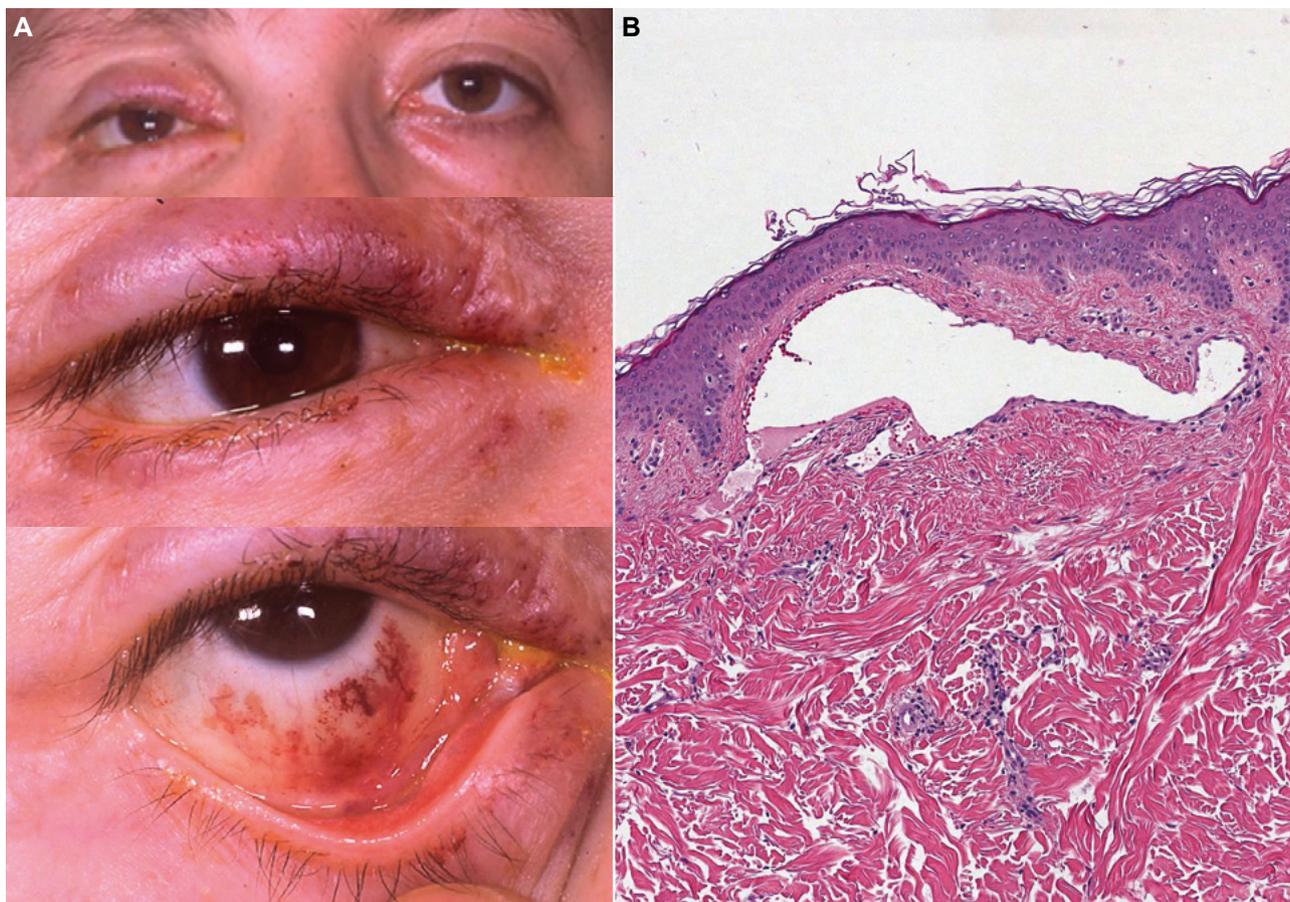


Fig. 5: **A.** Hemangioma palpebral adquirido (hemangioma senil o hemangioma cereza). **B.** Hemangioma palpebral - imagen de AP, tinción HE (cortesía Dra. Radia Khedaoui).

### Linfangioma

Los linfangiomas o malformación venolinfática son malformaciones vasculares hamartomatosas benignas constituidas por elementos venosos y linfáticos. Aparecen en los primeros cinco años de vida, representando el 1% a 2% de las masas orbitarias de la infancia y el 8% de las lesiones orbitarias expansivas. La localización más frecuente a nivel palpebral es en párpado superomedial (8). Teniendo en cuenta que se localizan en la dermis profunda, en la exploración los linfangiomas palpebrales se presentan como lesiones azuladas, de consistencia blanda y superficie irregular. Los linfangiomas más grandes se pueden ver también a nivel subconjuntival al evertir el párpado en los fórnices o en la conjuntiva bulbar (fig. 7A y B). Pueden manifestarse con ptosis palpebral y tienden al sangrado circunscrito intralesional de forma espontánea, o bien, tras catarros o traumatismos, con aumento de tamaño y formación de los llamados «quistes de chocolate», que no modifican su volumen con la maniobra de Valsalva (9). El diagnóstico



**Fig. 7:** A. Linfangioma palpebral. B. Linfangioma palpebral - imagen de AP, tinción HE (cortesía Dra. Radia Khedaoui).

es clínico y se basa en técnicas de imagen, siendo la resonancia magnética (RM) la que aporta mayor información. También se utilizan la biomicroscopia ultrasónica y la ecografía Doppler. La observación y el seguimiento evolutivo periódico constituyen la conducta terapéutica a seguir mientras no exista sangrado con aumento del tamaño tumoral. La cirugía sería la única terapia curativa aunque, tratándose de lesiones difusas no encapsuladas e infiltrativas, en muchos casos, son imposibles de reseca en su totalidad por ello la terapia esclerosante no invasiva es una alternativa eficaz a la cirugía (10).

### **Sarcoma de Kaposi**

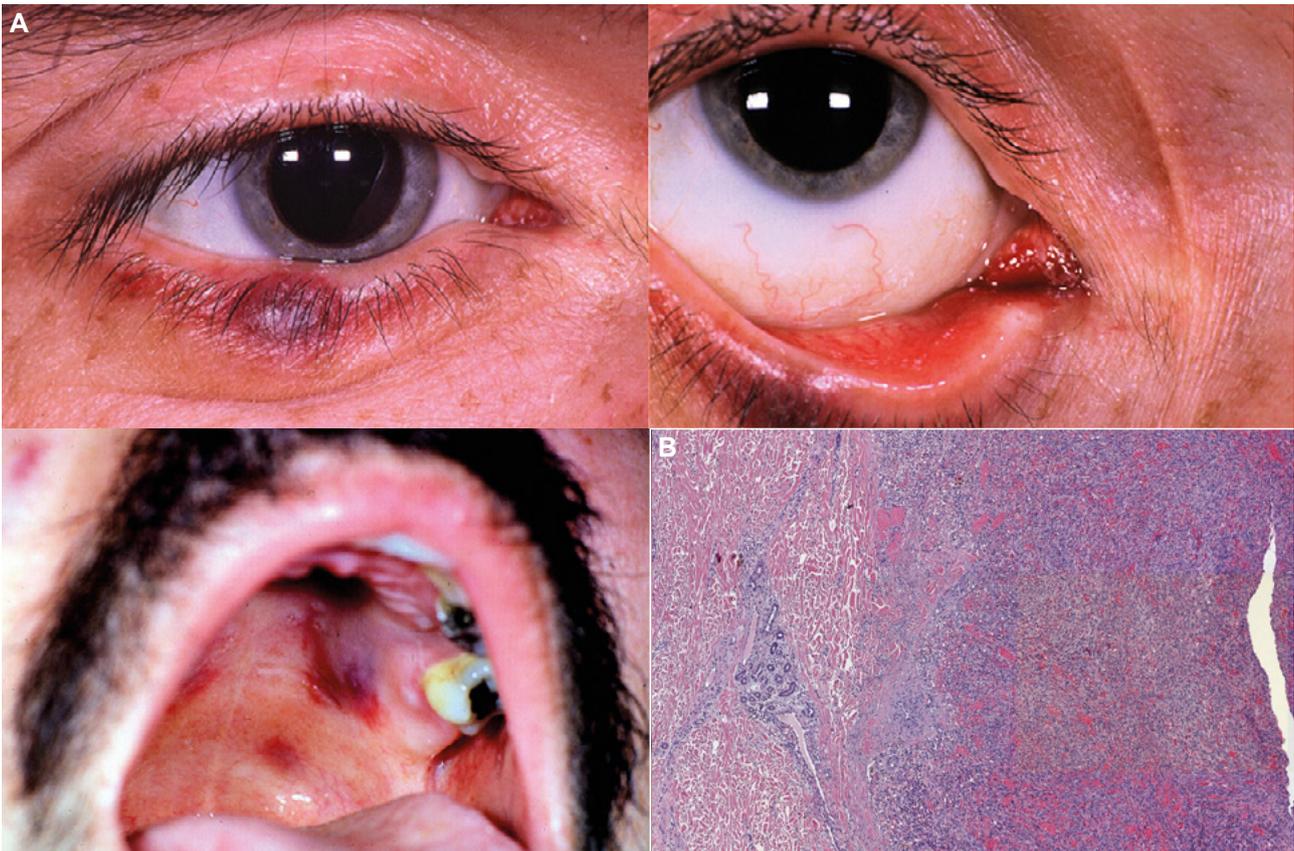
El sarcoma de Kaposi es un tumor vascular maligno muy raro en los párpados, aparece generalmente en pacientes de edad avanzada, inmunodeficientes, principalmente con sida. Puede aparecer como una lesión subcutánea azul, morada o rojiza, solitaria o multifocal, circunscrita o difusa, asocia-

do o no a una hemorragia subconjuntival (fig. 8A y B)(11). Por ello, ante cualquier lesión palpebral nodular eritematoviolácea o lesión conjuntival rojiza simulando incluso una conjuntivitis hemorrágica en un paciente inmunodeprimido hay que realizar un diagnóstico diferencial teniendo presente esta entidad la cual será confirmada mediante biopsia. El uso de la terapia antirretroviral altamente activa mejora el estado inmunitario del paciente lo cual ayuda a la involución de este tipo de tumores. Los tratamientos actuales incluyen quimioterapia sistémica para la enfermedad generalizada y métodos locales como escisión, crioterapia y radioterapia (15-20 Gy) fraccionada en dosis bajas (12).

## **TUMORES NEURALES**

### **Neurofibromas**

Los neurofibromas son tumores benignos de la vaina de los nervios periféricos (fig. 1). Morfológica-



**Fig. 8:** **A.** Sarcoma Kaposi (cortesía Dr. D. Jordan). **B.** Sarcoma Kaposi - imagen de AP, tinción HE (cortesía Dra. Laura Castillo Fernández).

mente, existen varios subtipos: plexiforme, solitario (local o aislado) y difuso. El subtipo más común en el área periocular es el neurofibroma plexiforme asociado a NF1.

### **Neurofibroma plexiforme**

Son tumores de la vaina nerviosa periférica histológicamente benignos que aparecen en el 5-15% de las personas con neurofibromatosis tipo 1 y que pueden causar importantes complicaciones. La mayoría se diagnostican en la primera infancia y pueden crecer rápidamente durante este período. Suele producirse un aumento en el número y tamaño de los neurofibromas a lo largo de la vida, aunque la fase de rápido crecimiento tiende a ocurrir durante la infancia y la adolescencia. Los NP de rápido crecimiento son los que tienen mayor tendencia a transformarse en tumores malignos, dentro de los cuales están incluidos el schwannoma maligno, el neurofibrosarcoma y el sarcoma neurogénico (13).

Las lesiones pueden aparecer con una consistencia firme o blanda, a veces, el grupo de nódulos se asemeja a lo que se describe como una «bolsa de gusanos». Puede presentarse de manera solitaria, difusa o multifocal y pueden extenderse a la órbita.

El signo más común es la ptosis, sobre todo en la parte lateral del párpado que le da aspecto de letra «S», seguido de proptosis, edema palpebral y estrabismo. Síntomas como dolor ocular por queratopatía por exposición y diplopía por estrabismo ocurren en aquellos casos que muestran un crecimiento significativo (14). Histopatológicamente, consisten principalmente en células de Schwann, fibras nerviosas y fibroblastos. Son muy vascularizados, no están circunscritos ni encapsulados e infiltran difusamente los tejidos (14,15). El diagnóstico debe incluir una resonancia magnética del cerebro y las órbitas para confirmar el diagnóstico y definir mejor su extensión. En cuanto al tratamiento, dependerá del tamaño del mismo, de su infiltración y su extensión periorbitaria y de las consecuencias funcionales que produzca. En la mayoría de los casos es

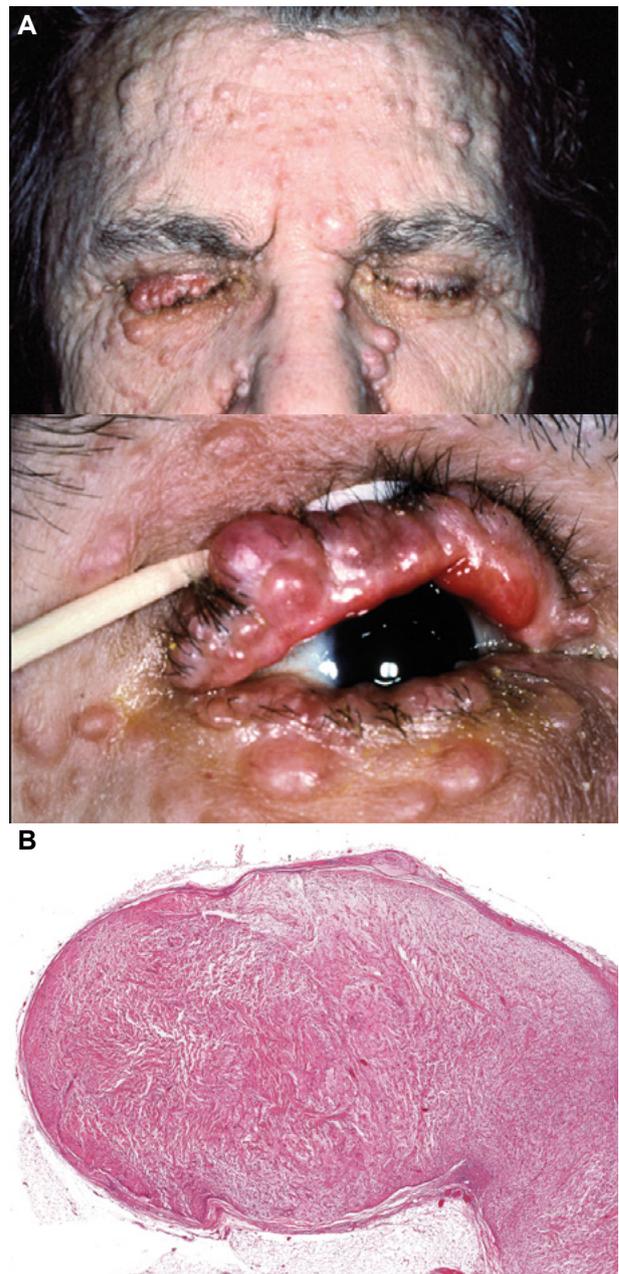
imposible realizar una escisión quirúrgica completa porque son lesiones, que además de presentar un gran sangrado, suelen infiltrar los tejidos adyacentes. Se ha utilizado la terapia láser con resultados favorables para los pacientes que no quieran someterse o no sean candidatos de procedimientos invasivos. En 2020, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (USFDA) aprobó un fármaco, el selumetinib (Koselugo) para el tratamiento de estas lesiones que no pueden extirparse mediante cirugía. Dicha terapia puede reducir el tamaño del tumor en pacientes con NF1 (13,15).

### Neurofibroma solitario

Los neurofibromas solitarios (NS), son raros y no presentan características de NF generalizada. Ocurren con mayor frecuencia en adultos, entre la tercera y la quinta década de la vida y afectan preferentemente a hombres. En la región periocular, los NS se originan mayoritariamente a partir de nervios intraorbitarios y particularmente en la órbita superoposterior (16). Se presentan como una lesión circunscrita, aunque no encapsulada. Los tumores de los párpados suelen ser benignos y se presentan como un nódulo subcutáneo de bordes bien definidos con distintos tamaños (fig. 9A y B). Pueden ser confundidos con chalaziones. En casos de chalazión recurrente, el neurofibroma debe ser considerado como uno de los diagnósticos diferenciales (17). Cuando los neurofibromas son pequeños es suficiente realizar un seguimiento. Si empiezan a crecer o aparece el dolor se recomienda escisión quirúrgica completa.

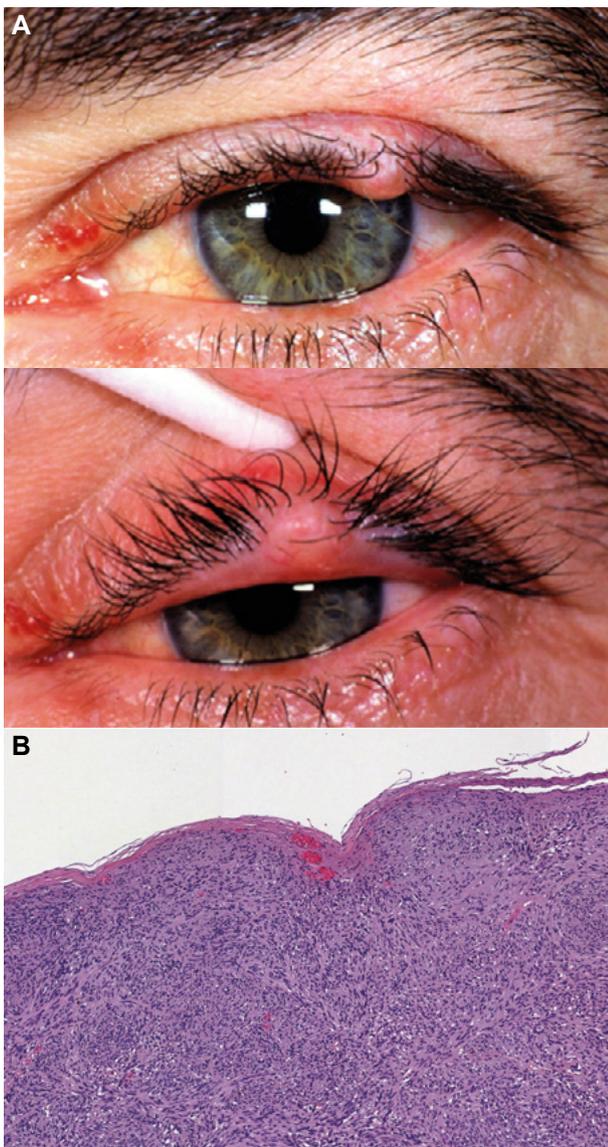
### Schwannoma

El schwannoma también conocido como neurilemoma, es un tumor benigno originado en las células de Schwann de la vaina de los nervios periféricos, surgiendo de las ramas del nervio trigémino cuando afecta a la región palpebral. **La incidencia que presenta es extremadamente rara, entre el 0,1% y el 0,7% de los tumores de párpado.** (18) Suelen ser unilaterales, benignos y de manifestación esporádica. La presencia de tumores múltiples es indicativa de neurofibromatosis y en esta situación se han reportado posibles casos de transformación maligna, por lo que sería necesario des-



**Fig. 9:** Neurofibroma (cortesía Dr. D. Jordan). Neurofibroma - imagen de AP, tinción HE (cortesía Dra. Laura Castillo Fernández).

cartarla con una biopsia (19). Clínicamente aparece como una masa subcutánea asintomática, única, bien definida, no invasiva, de consistencia sólida y de crecimiento lento (fig. 10A). Debemos realizar un diagnóstico diferencial frente a otras patologías como quistes de inclusión, tumores de la glándula lagrimal o chalazión, principalmente cuando son lesiones recurrentes. Histopatológicamente, es una lesión encapsulada que se compone de células fusiformes compactas (patrón de Antoni A) o células



**Fig. 10:** Schwannoma - imagen de AP, tinción HE (cortesía Dra. Laura Castillo Fernández).

claras redondas más grandes (patrón de Antoni B), o una combinación de los dos patrones (fig. 10B). El estudio inmunohistoquímico presenta una fuerte positividad a la proteína S-100 (19). Para evitar su recidiva es muy importante la exéresis tumoral completa, la cual se considera el tratamiento de elección.

### **Tumor de células de merkel (carcinoma neuroendocrino cutáneo)**

El carcinoma de células de Merkel (MCC) es un cáncer de piel, que aparece en regiones fotoex-

puestas, de origen tanto epitelial como neuroendocrino, poco frecuente y muy agresivo, con mal pronóstico que presenta altas tasas de recurrencia, metástasis y mortalidad. Su prevalencia es mayor en regiones con alta exposición a los rayos ultravioleta, y es más común en pacientes de edad avanzada. La inmunosupresión es un factor de riesgo significativo, particularmente en receptores de trasplantes de órganos sólidos, pacientes con leucemia linfocítica crónica y pacientes con VIH (20).

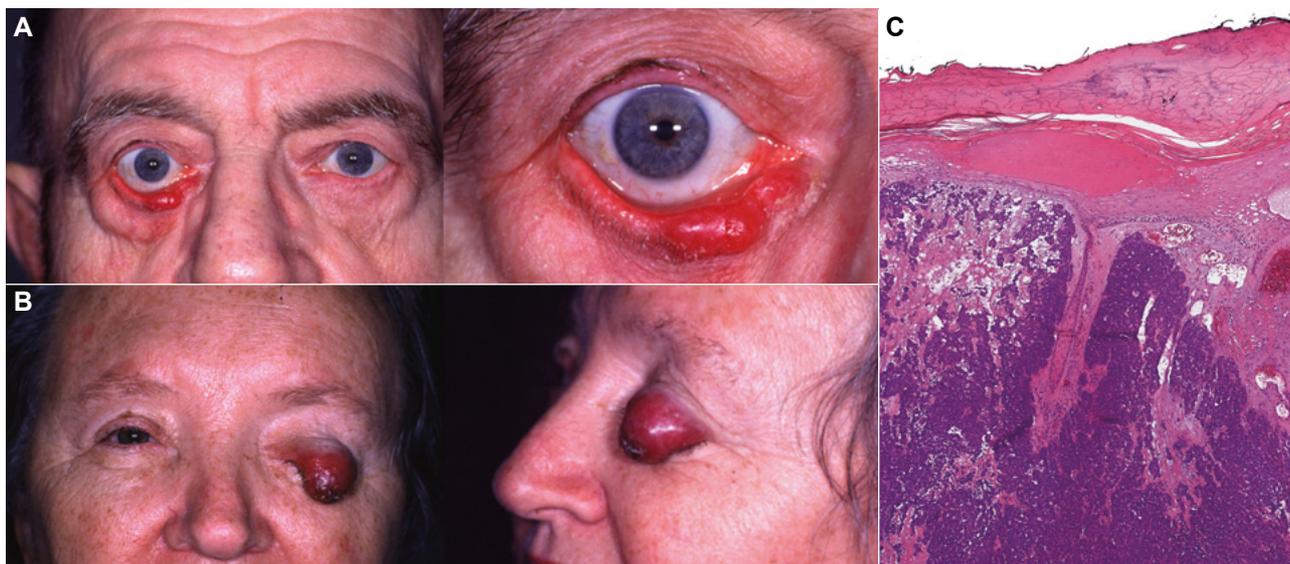
Clínicamente se presenta como una masa nodular asintomática, rápidamente progresiva de color rosáceo, roja o morada, con telangiectasias suprayacentes, habitualmente aparece en el párpado superior, cerca del borde libre y a menudo se asocia con madarosis, ulceración y destrucción de la arquitectura normal del margen palpebral (fig. 11A, B y C). Estos tumores son frecuentemente mal diagnosticados como quistes, chalaziones, carcinomas sebáceos o carcinomas basocelulares. Por eso, ante la duda, es muy importante realizar una biopsia para tener el diagnóstico anatomopatológico de seguridad. El tratamiento incluye una escisión quirúrgica local amplia más radioterapia adyuvante. La quimioterapia para el tumor de células de Merkel del párpado se reserva para la enfermedad metastásica. Actualmente se están investigando la inmunoterapia y las quimioterapias dirigidas para su uso en la enfermedad primaria (20).

## **TUMORES FIBROHISTIOCÍTICOS**

### **Xantelasma**

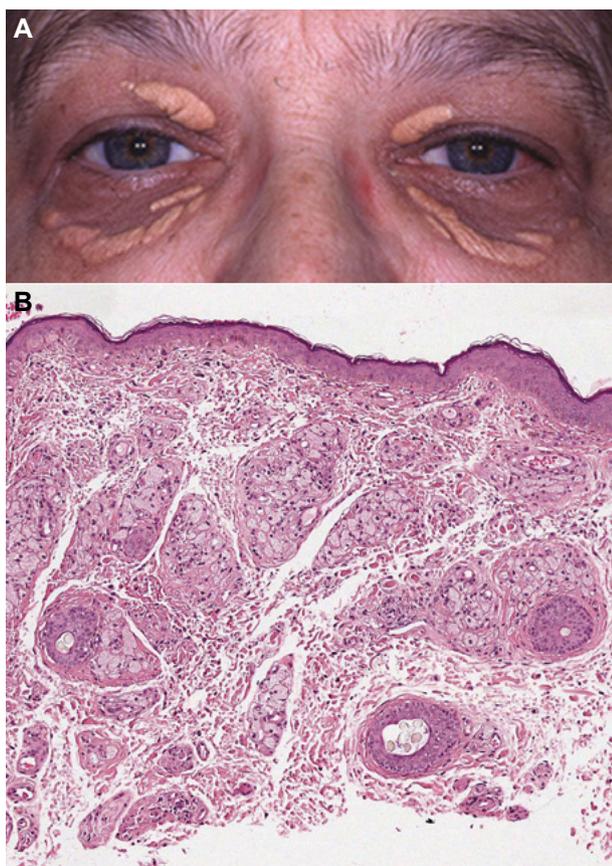
Los xantelasmas son lesiones benignas que se ven con bastante frecuencia en la práctica diaria y tienen un aspecto clínico muy característico. Se presenta en pacientes de mediana y avanzada edad como lesiones maculares, planas o placas elevadas de color amarillento generalmente en los cantos internos de párpados superiores e inferiores (fig. 12A y B)(2).

Pueden estar asociados a trastornos del perfil lipídico, por lo que es conveniente cuando se diagnostica la primera vez esta patología solicitar una analítica para descartar niveles altos de colesterol o triglicéridos. Se trata de una afección benigna que no tiene consecuencias graves, y su tratamiento tiene una finalidad cosmética. Se pueden elimi-



**Fig. 11:** A. Tumor de células de Merkel. B. Tumor de células de Merkel (cortesía Dr. D. Jordan). C. Tumor de células de Merkel - imagen de AP, tinción HE (cortesía Dra. Radia Khedaoui).

nar mediante escisión quirúrgica, terapia láser o mediante la realización de peelings químicos con ácido tricloroacético (concentraciones del 30-70%).

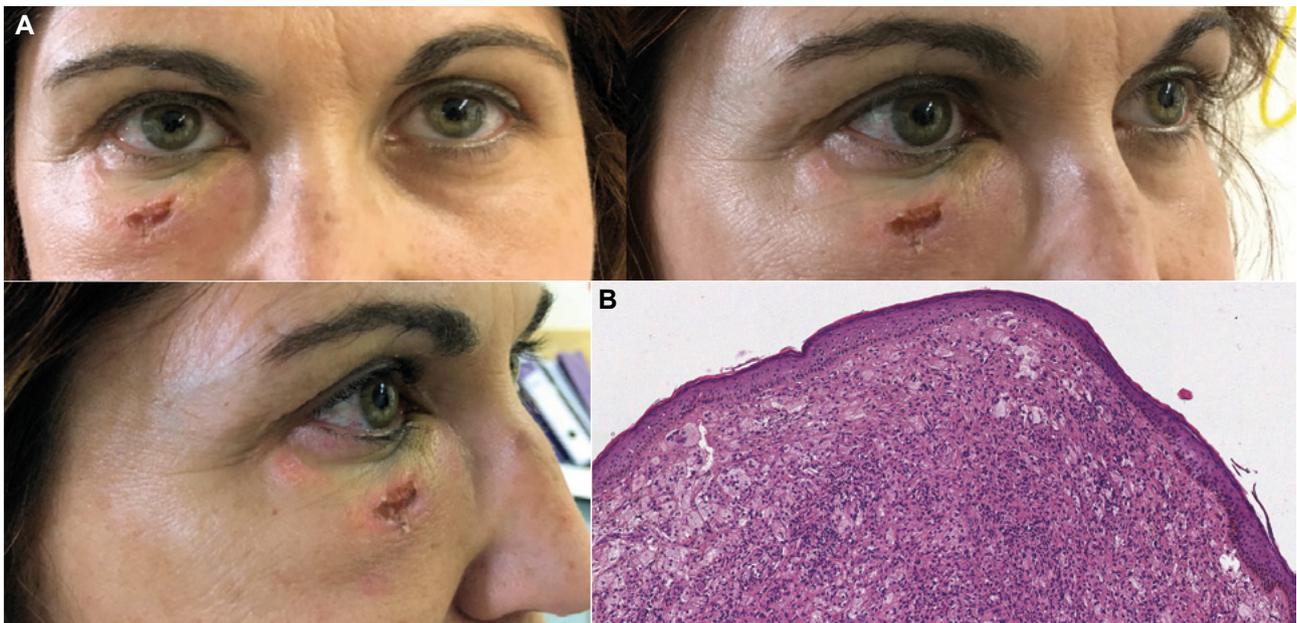


**Fig. 12:** A. Xantelasma. B. Xantelasma - imagen de AP, tinción HE (cortesía Dra. Laura Castillo Fernández).

### Xantogranuloma

El **xantogranuloma juvenil** es la variedad más común de los xantomas normolipídicos. En el 75% de los casos, las lesiones aparecen durante el primer año de vida (21). Clínicamente se manifiesta en forma de pápulas únicas o múltiples de 1 ó 2 cm de diámetro, de coloración amarillo-anaranjada y que pueden aparecer en cara, nuca, tronco y en la superficie de las extremidades. Se trata de neoformaciones benignas histiocitarias cutáneas, no obstante, y raramente, pueden ser extracutáneas (oculares y viscerales). La afectación ocular más frecuente es a nivel del iris y se asocia con episodios espontáneos de hifema, uveítis y glaucoma secundario. El pronóstico del xantogranuloma juvenil es excelente y suele regresar espontáneamente, salvo en los casos en que se afecte el globo ocular, por ello no suele requerir tratamiento y, si fuese necesario, se podría recurrir a la cirugía.

El **xantogranuloma en el adulto** es una afectación cutánea inusual, de localización única, sin afectación visceral y que no remite espontáneamente. La afectación palpebral representa el 25% de los casos y en la mayoría de los casos suele ser un nódulo solitario (fig. 13A y B)(21). Se asocia con formas severas de asma y en algunos casos se puede confundir con la enfermedad de Erdheim-Chester. El tratamiento no suele ser curativo, pero para controlar las lesiones se han empleado inyecciones con corticoides. En los casos que no responden,



**Fig. 13:** A. Xantogranuloma del adulto. B. Xantogranuloma del adulto - imagen de AP, tinción HE (cortesía Dra. Laura Castillo Fernández).

se han usado corticoides sistémicos junto con el tratamiento del asma. Si aun así no se controla la enfermedad se puede intentar una resección quirúrgica, pero en la mayoría de los casos no se puede realizar una extirpación completa.

El **xantogranuloma necrobiótico** es una histiocitosis de células no Langerhans que afecta mayoritariamente a pacientes en la sexta década de la vida y se asocia a trastornos linfoproliferativos. Se presenta como máculas y nódulos amarillentos o marrones. A medida que la enfermedad progresa, pueden presentarse atrofas, telangiectasias, ulceraciones y cicatrices dentro de las lesiones. Los tratamientos más efectivos son las inmunoglobulinas, los corticosteroides y las terapias combinadas (22).

## TUMORES LINFOPROLIFERATIVOS

### Linfomas

Los linfomas palpebrales pueden ocurrir en el párpado como un tumor primario o pueden ser el primer signo de una enfermedad sistémica, o en otros casos se diagnostican simultáneamente con la enfermedad sistémica. Afectan sobre todo a personas mayores pero pueden afectar también a jóvenes inmunodeprimidos.

El linfoma del párpado suele ser un linfoma de células B; el tipo más común es el linfoma de células B de la zona marginal del tejido linfoide asociado a la mucosa, que es un linfoma de bajo grado (23,24). Otros tipos de linfomas en esta región son el linfoma folicular, el linfoma difuso de células B grandes, el plasmocitoma y el linfoma linfoplasmocitario. Clínicamente suele presentarse como una masa subcutánea lisa, de consistencia firme, sin ulceración y con una evolución progresiva indolente. Puede asociarse también edema palpebral, ptosis o proptosis según el tamaño y la extensión (fig. 14A y B). En todos los casos donde existe una sospecha de linfoma hay que solicitar pruebas de imagen (tomografía computerizada o RM de orbita) y hacer una biopsia para tener el diagnóstico anatomopatológico de confirmación. En los casos en los que el linfoma está localizado solamente a nivel palpebral el tratamiento de elección es la radioterapia. Cuando existe una afectación sistémica está indicada la quimioterapia (24). La mayoría de los subtipos, especialmente los subtipos de bajo grado, tienen un buen pronóstico con pocas recurrencias o progresión.

Dentro de este grupo de lesiones linfoproliferativas la hiperplasia linfoidea reactiva se considera una lesión benigna pero hay estudios que demuestran que con el tiempo se puede transformar en un linfoma por eso en estos casos hay que hacer un seguimiento a largo plazo (23).



**Fig. 14:** A. Linfoma palpebral. B. Linfoma palpebral - imagen de AP, tinción HE (cortesía Dra. Radia Khedaoui).

### MENSAJES CLAVE A RECORDAR

- La mayoría de los tumores del estroma palpebral son raros e infrecuentes. Se pueden clasificar según su tejido de origen en: vasculares, neurales, fibrohistiocíticos, fibrosos, linfoproliferativos, miogénicos, y lipomatosos.
- El hemangioma capilar es el tumor vascular más común del párpado y es el tumor benigno más frecuente en niños.
- Los tumores neurogénicos del párpado se originan en los nervios periféricos. Dentro de este grupo el más frecuente es el neurofibroma plexiforme, un tumor benigno asociado a neurofibromatosis tipo I (enfermedad de von Recklinghausen).
- Algunos de los tumores estromales del párpado pueden simular clínicamente el aspecto de un chalazión. En casos de chalazión recurrente, tendremos que considerar este grupo de lesiones como uno de los diagnósticos diferenciales.
- El tumor de células de Merkel es un tumor con mal pronóstico que presenta altas tasas de recurrencia, metástasis y mortalidad y que suele aparecer en pacientes inmunodeprimidos. Por ello, ante lesiones palpebrales sospechosas en pacientes inmunodeprimidos deberemos realizar una biopsia con su estudio histológico correspondiente el cual nos dará el diagnóstico definitivo.
- El linfoma del párpado más común es el linfoma de células B de la zona marginal del tejido linfoide asociado a la mucosa, que es un linfoma de bajo grado.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Tamez HM, Sobel R. Review of the treatment of periocular infantile hemangiomas with beta blockers. *International Ophthalmology Clinics*. 2017; 57(1), 169-176.
2. Peer J. Pathology of eyelid tumors. *Indian Journal of Ophthalmology*. 2016; 64(3), 177-190.
3. Pathak BD, Sharma S, Adhikari A, Simkhada N, Ghimire B, Aryal N. Sturge-Weber Syndrome with Bilateral Port-Wine Stain. *Case Rep Pediatr*. 2022 Apr 15; 2022: 2191465.
4. Poliner A, Fernandez Faith E, Blieden L, Kelly KM, Merty D. Port-wine birthmarks: Update on diagnosis, risk assessment for sturge-Weber syndrome, and management. *Pediatrics in Review*. 2022;43(9), 507-516.

5. Kim JH, Park H, Ahn SK. Cherry angiomas on the scalp. *Case Reports in Dermatology*. 2009; 1(1), 82-86.
6. Islam N, Mireskandari K, Rose GE. Orbital varices and orbital wall defects. *Br J Ophthalmol*. 2004 Aug; 88(8): 1092-3
7. Arat YO, Mawad ME, Boniuk M. Orbital venous malformations: current multidisciplinary treatment approach. *Arch Ophthalmol*. 2004 Aug; 122(8): 1151-8.
8. Lanuza García A, Bañón Navarro R, Llorca Cardeñosa A, Delgado Navarro C. Resultado sin éxito en el tratamiento de un linfangioma orbitario con OK-432. *Picibaniil*. *Archivos de la Sociedad Espanola de Oftalmologia*. 2012; 87(1), 17-19.
9. Pereira FJ, Trindade Sde P, Cruz AA, Müller TP. Linfangioma orbitário: relato de caso [Orbital lymphangioma: case report]. *Arq Bras Oftalmol*. 2010 Jan-Feb; 73(1): 84-7.
10. Devi Nivean P, Madhivanan N. Reversal of vision after bleomycin injection in orbital lymphangioma. *GMS Ophthalmol Cases*. 2022 Mar 22; 12: Doc09.
11. Sousa Neves F, Braga J, Cardoso da Costa J, Sequeira J, Prazeres S. Kaposi's sarcoma of the conjunctiva and the eyelid leads to the diagnosis of human immunodeficiency virus infection - a case report. *BMC Cancer*. 2018 Jul 3; 18(1): 708.
12. Régnier-Rosencher E, Guillot B, Dupin N. Treatments for classic Kaposi sarcoma: a systematic review of the literature. *J Am Acad Dermatol*. 2013 Feb; 68(2): 313-31.
13. Alkhairy S, Baig MM. Ocular Neurofibromatosis. *Cureus*. 2021 Sep 6; 13(9): e17765.
14. Chaudhry IA, Morales J, Shamsi FA, Al-Rashed W, Elzardi E, Arat YO, Jacquemin C, Oystreck DT, Bosley TM. Orbitofacial neurofibromatosis: clinical characteristics and treatment outcome. *Eye (Lond)*. 2012 Apr; 26(4): 583-92.
15. Avery RA, Katowitz JA, Fisher MJ, Heidary G, Dombi E, Packer RJ, Widemann BC; OPPN Working Group. Orbital/Periorbital Plexiform Neurofibromas in Children with Neurofibromatosis Type 1: Multidisciplinary Recommendations for Care. *Ophthalmology*. 2017 Jan; 124(1): 123-132.
16. Yazıcı B, Kıvanç SA, Yayla U, Balaban AdımŞ. Palpebral Tarsal Solitary Neurofibroma. *Turk J Ophthalmol*. 2019 Sep 3; 49(4): 224-225.
17. Pai HV, Abbagani S, Padma Priya J. Isolated neurofibroma of the eyelid mimicking recurrent chalazion. *Indian J Ophthalmol*. 2018 Mar; 66(3): 451-453.
18. Touzri RA, Errais K, Zermani R, Benjilani S, Ouertani A. Schwannoma of the eyelid: apropos of two cases. *Indian J Ophthalmol*. 2009 Jul-Aug; 57(4): 318-20.
19. Abusleme EI, Nazar CA, Zoroquiain P. Schwannoma of the eyelid. A case report. *Arch Soc Esp Oftalmol (Engl Ed)*. 2019 May; 94(5): 257-259.
20. North VS, Habib LA, Yoon MK. Merkel cell carcinoma of the eyelid: A review. *Surv Ophthalmol*. 2019 Sep-Oct; 64(5): 659-667.
21. León Llerena C, Lara Montenegro JS, Cagigal González L, Eloy-García Carrasco C. Tratamiento del xantogranuloma palpebral en el adulto mediante colgajos en isla del área zigomática. *Cirugía plástica ibero-latinoamericana*. 2009; 35(2).
22. Codere F, Duane Lee R, Anderson RL. Necrobiotic xanthogranuloma of the eyelid. *Arch Ophthalmol*. 1983; 101(1), 60-63.
23. Verdijk RM. (2017). Lymphoproliferative tumors of the ocular adnexa. *Asia-Pacific Journal of Ophthalmology*. 2017; 6(2), 132-142.
24. Svendse FH, Heegaard S. Lymphoma of the eyelid. *Survey of Ophthalmology*. 2017; 62(3), 312-331.