

Carcinoma epidermoide recidivante invasivo a órbita. Reporte de un caso

Dr. Sergio E. Hernández Da Mota, Dr. Raymundo Mauricio Paez Martínez, Dr. Jesús Villagrán Uribe

RESUMEN

Reportamos caso de paciente, masculino de 78 años de edad quien cursaba con carcinoma epidermoide invasivo a órbita izquierda y ya había sido sometido a dos tratamientos quirúrgicos previos con recurrencia de la neoplasia. Se describe la técnica quirúrgica empleada, los hallazgos histopatológicos y el seguimiento del paciente.

Palabras clave: Carcinoma epidermoide, órbita.

SUMMARY

We describe a case report of a 78 years old male patient that had an epidermoid carcinoma involving the left orbita in whom two surgical procedures to excise the tumor had been performed, with no success in eradicating the neoplasia. We also describe the surgical technique to excise the tumor and the patient follow-up, as well as the histopathologic features of the lesion.

Key words: Epidermoid carcinoma, orbit.

INTRODUCCION

El carcinoma epidermoide, constituye una de las neoplasias más prevalentes que pueden llegar a involucrar, por extensión, al globo ocular y la cavidad orbitaria (1).

Por lo general, en la práctica oftalmológica se encuentra este tipo de neoplasias cuando se originan a partir de planos superficiales, ya sea de los anexos o superficie oculares. Tomando esto en consideración, por lo general es posible la detección y ablación temprana de este tipo de lesiones (2).

En algunos casos, cuando la escisión de la lesión no es completa, la recidiva tiende a ser la regla, pudiéndose llegar a presentar por lo general varios meses después de la extirpación inicial (3-5).

Aunado a lo anterior, el seguimiento inadecuado y el rezago socioeconómico en el que se ven inmersos algunos de los pacientes, los hace propensos a presentar lesiones francamente deformantes que incluso llegan a representar una verdadera amenaza para la vida, sobre todo, cuando la neoplasia llega a involucrar planos profundos o a presentar extensiones intracraneales.

El caso siguiente es un ejemplo de esta situación.

REPORTE DE CASO

Se trata de paciente masculino de 78 años de edad quien acude al servicio de Oftalmología por presentar crecimiento de masa palpebral del ojo izquierdo de aproximadamente un año de evolución. Refería haber sido tratado quirúrgicamente en dos ocasiones en el transcurso de este año pero sin éxito, ya que había notado recurrencia de la masa con pérdida progresiva de la visión.

Como antecedentes de importancia, refiere padecer de diabetes mellitus no insulino dependiente diagnosticada 10 años atrás, tratada con insulinoterapia en forma empírica de acuerdo con sintomatología, por el mismo paciente, es decir con pobre control glicérico-metabólico.

En cuanto a la exploración, el paciente se presenta in tranquilo, con facies de dolor, poco cooperador. En la exploración funcional el paciente presentó capacidad visual de 20/40 en ojo derecho mientras que en el ojo izquierdo no hubo percepción luminosa. La presión intraocular fue de 17 mmHg en OD mientras que en OS no fue posible determinarla por la presencia de masa tumoral, al igual que los movimientos oculares. En el OD éstos se aprecian normales en todas sus ducciones.

Correspondencia: Dr. Sergio Hernández Da Mota. Servicio de Oftalmología Hospital General "Dr. Miguel Silva". Calle Isidro Huarte esquina Samuel Ramos S/N, Colonia Centro CP 58000, Morelia, Michoacán. Teléfono-Fax: 01(443)3120102 Extensión 1065



Fig. 1.

Se apreció masa tumoral, de aspecto pigmentado, no ulcerada, con infiltración de prácticamente todos los anexos oculares y globo ocular, de bordes mal definidos, de consistencia firme, con dimensiones aproximadas en sentido vertical y horizontal de 10×10 centímetros (figura 1). No fue posible determinar estructuras del globo ocular ya que se encontraban con infiltración tumoral y perdida totalmente la anatomía del mismo, lo cual se corroboró por estudio de resonancia magnética que mostró imagen hiperintensa que involucró de manera irregular todo el contenido orbitario, tejido celular subcutáneo y anexos oculares.

Se hace diagnóstico clínico de probable carcinoma epidermoide recidivante invasivo a órbita y se plantea realizar procedimiento de exenteración orbitaria. Dicho procedimiento se efectúa al día siguiente de haber realizado el diagnóstico, bajo anestesia general inhalatoria.

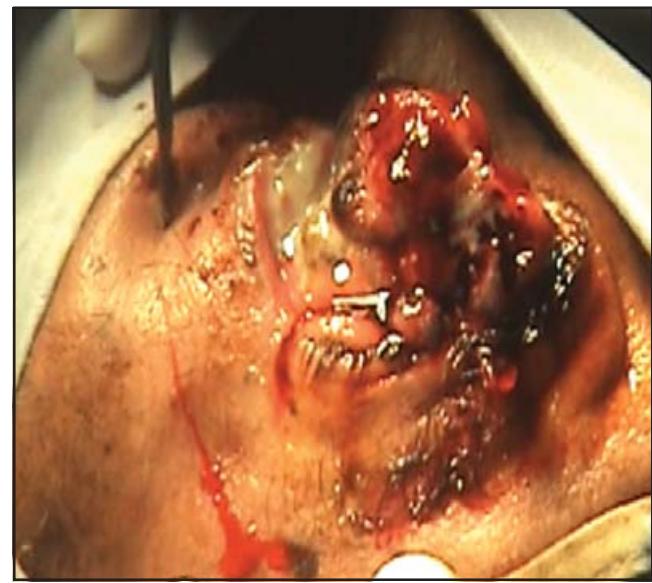


Fig. 2.

En la técnica quirúrgica, se procede a realizar delimitación con bisturí de bordes quirúrgicos, cuidando de incidir a 1 cm del tejido neoplásico, sobre piel sana (figura 2). Posteriormente, se procede a realizar disección con bisturí y electrocauterio de tejido peritumoral, cuidando de pinzar paquetes vasculonerviosos como infra y supraorbitario para reducir el sangrado transquirúrgico. Una vez en el plano óseo, se procede a separar periostio de huesos de cara y periórbita hasta la separación total en un solo bloque de todo el contenido orbitario (figura 3). No se realizó rotación de colgajo por lo recidivante del padecimiento decidiéndose dejar la cicatrización por granulación. El sangrado transoperatorio fue de aproximadamente 200 cc.

El paciente egresa del quirófano estable y se manda la pieza quirúrgica a patología. El reporte histopatológico muestra la siguiente descripción macroscópica: El material enviado es esférico, de superficie irregular, con dimensio-

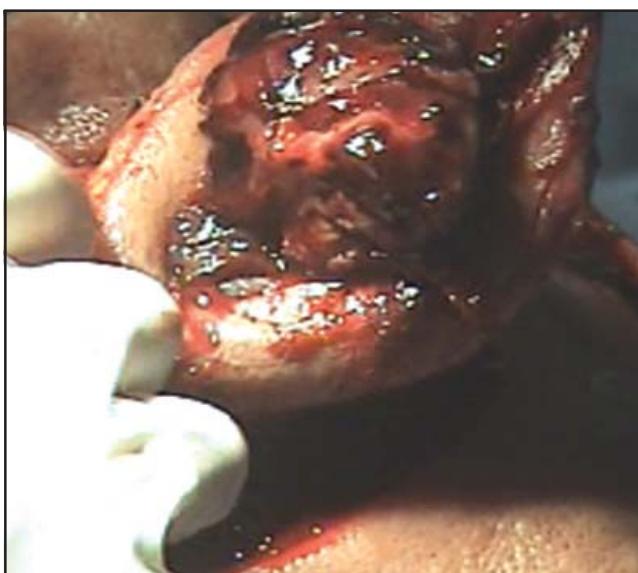


Fig. 3.

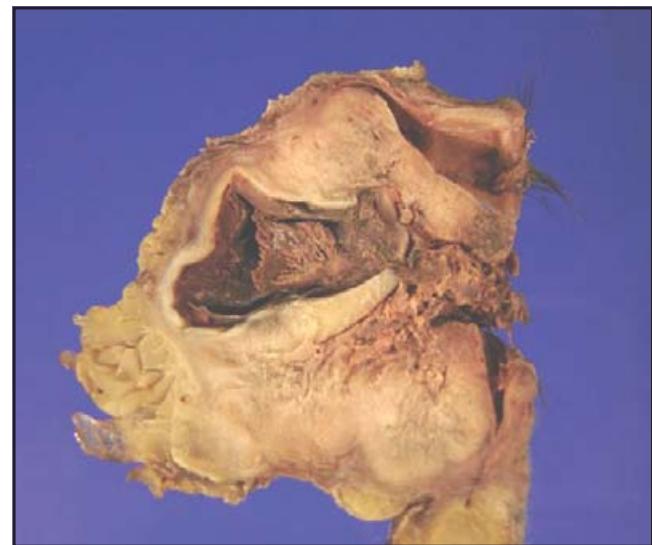


Fig. 4.

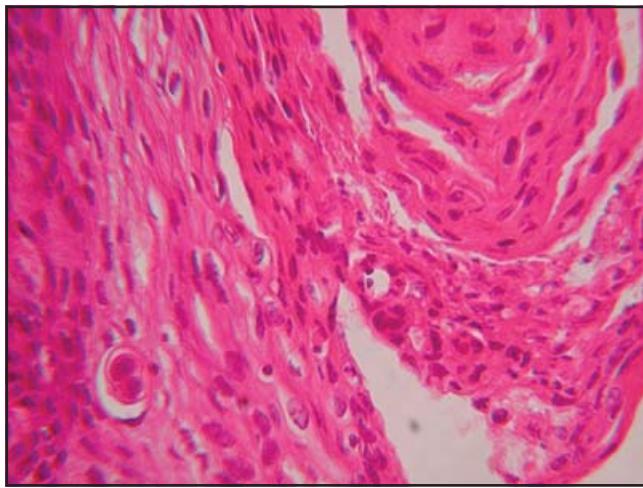


Fig. 5.

nes de $10 \times 12 \times 8$ cms, constituido en la región anterior por piel orbitaria que involucra párpados, ambos cantos; la arquitectura ocular se encontró cubierta de tejido neoplásico en la porción anterior de la órbita de patrón exofítico, nodular, colo café rojizo, friable (figura 4). El análisis histopatológico concluyó se trató de carcinoma epidermoide bien diferenciado en piel de párpado con infiltración de globo ocular izquierdo sin presencia de tumor en bordes quirúrgicos (figura 5).

El seguimiento del paciente se realizó en forma semanal hasta la completa granulación del tejido y recubrimiento por piel sana, lo cual se dio en el transcurso de 4 meses de postoperatorio. En cada visita se buscó tejido necrótico realizándose durante el seguimiento debridación e dos ocasiones por la presencia del mismo. Después de 8 meses de seguimiento el paciente no presentó clínicamente recurrencia tumoral.

DISCUSION

El carcinoma de células escamosas o epidermoide es uno de los principales tumores que pueden invadir la cavidad orbitaria (1).

De la serie que tiene la clínica Mayo, de 102 casos de tumores invasivos a la órbita, dicho carcinoma se encuentra ocupando un segundo lugar en frecuencia después del mucocele. Estos dos tumores constituyen el 35% de los tumores orbitarios secundarios (2).

Este tumor puede invadir la órbita desde cuatro áreas de origen, a saber: senos paranasales, piel de párpados, mejilla, cavidad nasal y nasofaringe. Es predominantemente una

neoplasia de varones, teniendo una relación de 3 a 1 con respecto a mujeres y la edad de presentación puede variar de 8 a 88 años (serie de la Clínica Mayo 1948-1987) (5).

Los signos de presentación varían mucho de acuerdo con el área involucrada inicialmente por el tumor primario. Cuando se inicia en la cavidad nasal los síntomas son dolor o parestesia facial, masa alrededor del borde alveolar del hueso maxilar superior, encías dolorosas, masa nasal, historia de polipectomías, epistaxis, obstrucción nasal o bien el síndrome del ápex orbitario. Cuando se invade la órbita las manifestaciones pueden ser proptosis, desplazamiento del globo ocular y diplopia con o sin presencia de masa orbitaria.

En cuanto al curso y tratamiento, diferentes factores que pueden influir sobre ellos. El principal es la localización inicial, de tal manera que una neoplasia que se inicia en la piel de anexos o superficie del globo ocular (3), probablemente sea reconocida más pronto que aunque se origine de nasofaringe o, más raramente, en el interior de los senos esfenoidales. El segundo factor es la accesibilidad para recibir terapia de ablación. Desde esta perspectiva, un carcinoma situado en planos muy profundos representa un reto mayor en el manejo que una lesión que está mucho más superficial. El tercer factor es el grado de anaplasia; la enseñanza convencional señala que a mayor grado de anaplasia, mayor amenaza para la supervivencia del paciente que en el caso de las lesiones que tienen un grado de malignidad bajo. Un cuarto factor es la extensión de la enfermedad en el momento del manejo definitivo. Un carcinoma que involucra hueso representa una situación mucho más difícil de erradicar que si solamente involucra tejidos blandos. Con base a lo anterior, la tumoración de nuestro paciente fue recurrente por lo que se decidió extirparla sin rotación de colgajo para que, en caso de recurrir, se pudiera detectar tempranamente. El factor final que afecta el curso, tratamiento y supervivencia es la extensión perineural.

REFERENCIAS

1. Bhatti MT. Orbital syndromes. *Semin Neurol* 2007; 27(3):269-287.
2. Soysal HG, Markoc F. Invasive squamous cell carcinoma of the eyelids and periorbital region. *Br J Ophthalmol* 2007; 91(3): 325-329.
3. Soparkar CN, Patrinely JR. Squamous cell carcinoma with perineural spread. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2001; 17(6):470-472.
4. Coston TO, Small RG. Orbital exenteration—simplified. *Trans Am Ophthalmol Soc* 1981; 79:136-152.
5. Henderson JW, Campbell RJ, Farrow GM, Garrity JA. Orbital tumors. 3a ed. Nueva York, Raven Press, 1994.