

## CARCINOMA ESCAMOSO PRIMARIO DE ÓRBITA\*

ANA L. CAMPOS ARBULÚ<sup>1</sup>, EMMANUEL E. SADAVA<sup>1</sup>, ALEJANDRO SÁNCHEZ RUIZ<sup>1</sup>,  
JUAN M. FERNÁNDEZ VILA<sup>1</sup>, HORACIO S. DILLON<sup>2</sup>, NORBERTO A. MEZZADRI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sección de Cirugía de Cabeza y Cuello, Servicio de Cirugía, <sup>2</sup>Servicio de Neurocirugía,  
Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

**Resumen** El carcinoma escamoso primario de órbita es una entidad poco frecuente. Hay escasa literatura publicada al respecto. Presentamos un caso de carcinoma escamoso primario de los tejidos blandos de la órbita. La resección quirúrgica ofrecía el mejor tratamiento para esta paciente. Se realizó un abordaje cráneo-facial y se logró la resección completa de la lesión. La paciente recibió radioterapia adyuvante debido a la proximidad de la lesión a los márgenes quirúrgicos. El tratamiento quirúrgico es factible y debe ser considerado como parte del arsenal del cirujano. Sin embargo, las decisiones terapéuticas deben tomarse teniendo en cuenta las particularidades de cada caso.

**Palabras clave:** carcinoma escamoso, órbita, resección cráneo-facial

**Abstract** *Primary orbital squamous cell carcinoma.* Primary orbital squamous cell carcinoma is a rare entity. There is little published literature. We report a case of primary squamous cell carcinoma of the orbital soft tissues. Surgical resection offered the best treatment for the patient. Complete resection of the lesion was achieved. The patient received adjuvant radiotherapy due to the proximity of the lesion to the surgical margins. Surgical treatment is feasible and should be considered as part of the surgeon's arsenal. However, therapeutic decisions must be made on a case-by-case basis.

**Key words:** squamous cell carcinoma, orbit, craniofacial resection

El carcinoma escamoso primario de órbita es una entidad poco frecuente. Generalmente se considera metastásico o resultado de la extensión directa de los tumores de senos paranasales. Con menor frecuencia pueden originarse a partir de quistes de las glándulas lagrimales con metaplasia escamosa, como la transformación maligna de un quiste dermoide, o a partir del epitelio conjuntival con transformación maligna luego de una cirugía ocular. También se han descrito casos de invasión perineural de un carcinoma escamoso cutáneo hacia la órbita<sup>1-6</sup>.

Hay escasa información publicada con respecto al tratamiento del carcinoma escamoso primario de órbita. Se ha descrito el uso de radioterapia, como único tratamiento o en combinación con quimioterapia<sup>7</sup>. Presentamos el caso de una paciente con carcinoma escamoso primario de órbita tratada quirúrgicamente y con radioterapia adyuvante.

## Caso clínico

Una mujer de 73 años de edad consultó por cefalea y parestias del área periorbitaria derecha. Al momento de la consulta presentaba un examen físico y una tomografía computarizada normales. Un año después evolucionó con cefalea intensa, limitación de la motilidad ocular, diplopía y ptosis palpebral derecha. Se realizó una tomografía computarizada que reveló un engrosamiento del complejo músculo elevador del párpado superior y de recto superior derecho. La resonancia magnética nuclear evidenció un tumor retro-ocular derecho con compromiso del seno frontal. Se realizó una biopsia incisional a través del párpado superior y se confirmó el diagnóstico de carcinoma escamoso invasor moderadamente diferenciado. El tumor no presentaba compromiso cutáneo ni conjuntival, y luego de un examen exhaustivo no se identificó una lesión cutánea primaria, con lo que se descartó la posibilidad de una metástasis orbitaria. Una tomografía por emisión de positrones mostró una lesión polilobulada, hipermetabólica comprometiendo la región superior de la órbita derecha con extensión al seno frontal, con SUV máximo de 9.6. No se evidenció extensión locorregional ni a distancia.

Con diagnóstico de carcinoma escamoso primario de órbita el equipo interdisciplinario decidió el abordaje quirúrgico. Se realizó una resección cráneo-facial que incluyó el techo de la órbita derecha, el reborde orbitario superior y la exenteración orbitaria (Fig. 1). Para la reconstrucción se confeccionó un colgajo de músculo temporal para rellenar la órbita, y la osteosíntesis del techo y reborde orbitarios se realizaron utilizando tabla externa del hueso frontal así como mini-placas y tornillos de titanio. La craneotomía se reparó con una malla de titanio.

Recibido: 1-II-2016

Aceptado: 14-V-2016

\*Presentado como video en el Congreso del Colegio Americano de Cirujanos en Octubre de 2015, en Chicago, Illinois (EE.UU.)

**Dirección postal:** Dra. Ana Lucía Campos Arbulú, Hospital Alemán,  
Av. Pueyrredón 1640, 1118 Buenos Aires, Argentina  
e-mail: acampos@hospitalaleman.com

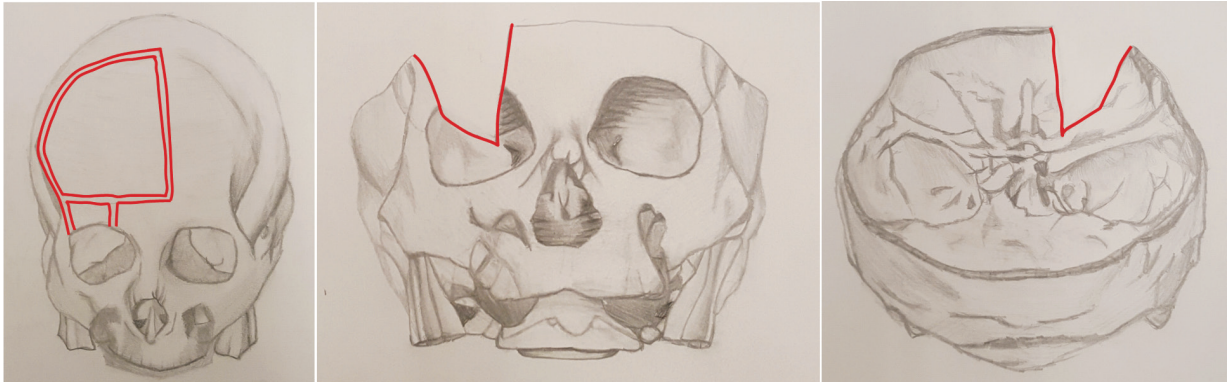


Fig. 1.- Resección cráneo-facial derecha con exenteración orbitaria.

El análisis histopatológico evidenció un carcinoma escamoso moderadamente diferenciado de los tejidos blandos orbitarios de 3.5 cm con extensa invasión perineural, infiltración del periostio y del hueso, con compromiso de seno frontal. Los márgenes quirúrgicos se encontraban libres de tumor, el más cercano a 3 mm a nivel del vértice de la órbita (Fig. 2).

Por la proximidad de los márgenes quirúrgicos al tumor se indicó radioterapia adyuvante, con una dosis total de 6000 cGy. Treinta y cuatro meses luego de completar el tratamiento la paciente no presenta evidencia clínica ni radiológica de enfermedad.

## Discusión

El carcinoma escamoso constituye la neoplasia maligna más frecuente de cabeza y cuello. Sin embargo, la localización primaria en órbita es muy poco frecuente. Según nuestro conocimiento hay únicamente cuatro casos reportados en la literatura. Peckinpugh y col. describieron tres casos de carcinoma escamoso de órbita. Dos pacientes fueron tratados con radioterapia y quimioterapia, mientras que el tercero recibió sólo radioterapia. Este último falleció por extensión directa del tumor 12 meses después de su presentación. Los otros dos casos presentaron mejor pronóstico. Uno de ellos desarrolló enfermedad metastásica en la órbita contralateral y murió 19 meses luego del diagnóstico, mientras que el segundo se encontraba vivo al momento de la publicación con un seguimiento de 49 meses<sup>6</sup>. Saha comunicó el caso de un carcinoma escamoso primario de órbita tratado con radioterapia sin evidencia de enfermedad 6 años después del diagnóstico<sup>7</sup>. Aquí presentamos una enferma con carcinoma escamoso de órbita tratada quirúrgicamente y con radioterapia adyuvante. Debido a que existe escasa información respecto del carcinoma escamoso primario de órbita, los cirujanos oncológicos podrían utilizar enfoques terapéuticos similares a otros tumores de cabeza y cuello. Es por ello que han sido publicadas diversas modalidades

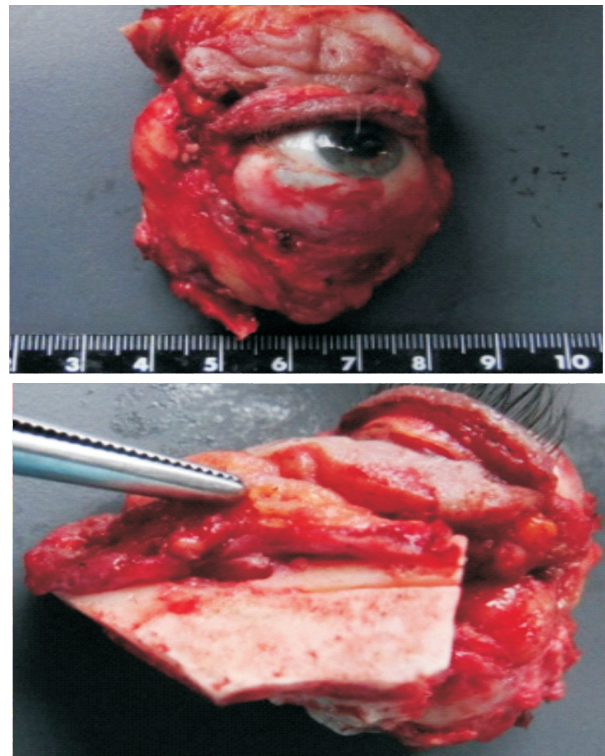


Fig. 2.- El análisis histopatológico evidenció un carcinoma escamoso moderadamente diferenciado de los tejidos blandos orbitarios de 3.5 cm.

terapéuticas, como radioterapia asociada o no a quimioterapia. Estos tumores constituyen un desafío, por lo que las decisiones terapéuticas deben ser consideradas por un equipo interdisciplinario para lograr el mejor resultado posible en cada caso<sup>8</sup>.

Aunque el abordaje quirúrgico no fue descrito en la bibliografía publicada, consideramos que la resección

quirúrgica era la mejor estrategia en este caso dado que el tumor invadía el hueso y comprometía los músculos extraoculares. Se logró la resección completa de la lesión y la paciente evolucionó en forma favorable sin complicaciones postoperatorias. Debido a la proximidad de los márgenes quirúrgicos a la lesión (3 mm) se decidió realizar radioterapia adyuvante. Al momento de redactar este trabajo la paciente no presentaba evidencia clínica, ni en los estudios por imágenes, de enfermedad con 34 meses de seguimiento.

En conclusión, creemos que el abordaje quirúrgico para el tratamiento del carcinoma escamoso primario de órbita es factible y podría ser considerado como parte del arsenal del cirujano. Las decisiones terapéuticas deben ser tomadas por un equipo interdisciplinario, buscando la mejor opción caso por caso.

**Agradecimientos:** A Pía C. Campos Arbulú, que realizó los esquemas de la resección cráneo-facial.

**Conflicto de intereses:** Ninguno para declarar

## Bibliografía

1. Holds JB, Hood CI, Parsons JT, et al. Intracranial spread of squamous cell carcinoma arising from asymptomatic choristomatous cysts of the orbit. *Ophthalmology* 1993; 100: 1244-52.
2. Wright JE, Morgan G. Squamous cell carcinoma developing in an orbital cyst. *Arch Ophthalmol* 1977; 95: 635-7.
3. Su GW, Patipa M, Font R. Primary squamous cell carcinoma arising from an epithelium lined cyst of lacrimal gland. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2005; 21: 383-5.
4. Loffler KU, Witschel H. Orbital squamous cell carcinoma after retinal detachment surgery. *Br J Ophthalmol* 1991; 75: 568-71.
5. McNab AA, Francis IC, Bengner R, Crompton JL. Perineural spread of cutaneous squamous cell carcinoma via the orbit. *Ophthalmology* 1997; 104: 1457-62.
6. Keizer ROB, Wolff-Rouendaal D, Keizer RJW. Silent squamous cell carcinoma invading the orbit following the course of the zygomaticotemporal nerve. *Orbit* 2015; 34: 10-5.
7. Saha K, Bonshek R, Leatherbarrow B. Primary orbital squamous cell carcinoma. *Clin Experiment Ophthalmol* 2011; 39: 582-4.
8. Peckinpaugh JL, Winn BJ, Barret RV, et al. Isolated squamous cell carcinoma of the orbital apex. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2012; 28: 72-4.

----

La ciencia, la técnica y la investigación son la base de la salud, bienestar, riqueza, poder e independencia de los pueblos modernos.

Hay quienes creen que la investigación científica es un lujo o un entretenimiento interesante pero dispensable. Grave error, es una necesidad urgente, inmediata e ineludible para adelantar. La disyuntiva es clara, o bien se cultiva la ciencia, la técnica y la investigación y el país es próspero, poderoso y adelanta; o bien no se la práctica debidamente y el país se estanca y retrocede, vive en la pobreza y la mediocridad.

Los países ricos lo son porque dedican dinero al desarrollo científico tecnológico. Y los países pobres lo siguen siendo si no lo hacen. La ciencia no es cara, cara es la ignorancia.

Bernardo A. Houssay (1887-1971)

Fuente: Historia de una voluntad - Bernardo Houssay. En: <http://www.youtube.com/watch?v=Ptp-PGdORII>, consultado 3/1/2017