



# CASOS CLÍNICOS

## CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS CON INVASIÓN ORBITARIA

### SQUAMOUS CELL CARCINOMA WITH ORBITAL EXTENSION

\*Dra. Milagros Guisbert Medel, \*\*Dra. Biaggina Saavedra Santoro, \*\*\*Dr. Leonardo Martínez Chavez, \*\*\*\*Dr. Edwin Castelo Miranda, \*\*\*\*\*Dra. Caterin Callejas Benítez.

RECIBIDO: 17/01/2013  
ACEPTADO: 06/03/2013

#### RESUMEN

El carcinoma de células escamosas (CE) es una patología rara, su incidencia es del 0,13 a 1.9 casos por 100.000 habitantes, que acontece con más frecuencia en varones entre la quinta y séptima década de la vida.

Presentamos el caso de una paciente de 42 años con CE con invasión a órbita de ojo izquierdo que fue sometida a exenteración.

**PALABRAS CLAVES:** Carcinoma escamoso con invasión de órbita, tumores malignos de conjuntiva y órbita.

#### SUMMARY

*The carcinoma of scaly cells (CE) it is a strange pathology, their incidence it is from the 0,13 to 1.9 cases for 100.000 inhabitants that it happens with more frequency in males between the fifth and seventh decade of the life.*

*We present the case of a 42 year-old patient with CE with invasion to it orbits from left eye that was subjected to exenteracion.*

**KEY WORDS:** *Scaly carcinoma with invasion of it orbits, wicked tumors of conjunctive and it orbits.*

#### INTRODUCCIÓN

El Carcinoma de células escamosas (CE) puede originarse de una Queratitis Actínica o de una Neoplasia Intraepitelial corneo-conjuntival (NIC). Su principal característica anatómo-patológica es que las células atípicas invaden el epitelio, membrana basal e infiltra el tejido subepitelial de la conjuntiva y cornea (1) (2) (3) (11).

La definición de NIC es una reclasificación

anatómo-patológica que abarca la Displasia y el Carcinoma in situ (1) (2).

La Displasia es una lesión caracterizada porque una sola parte del epitelio es remplazada por células atípicas a diferencia del Carcinoma in situ donde las células anormales substituyen todo el espesor del epitelio normal (2).

El CE es considerado como una patología rara, acontece con más frecuencia en varones entre la sexta y séptima década

\* Oftalmóloga. Hospital Otorrino-Oftalmológico. Caja Nacional de Salud

\*\* Oftalmóloga. Centro Oftalmológico.

\*\*\* Medico Residente III. Oftalmología. Hospital Otorrino-Oftalmológico. Caja Nacional de Salud

\*\*\*\* Cirujano Oncólogo. Hospital Materno Infantil. Caja Nacional de Salud

\*\*\*\*\* Medico Residente III. Oftalmología. Hospital Otorrino-Oftalmológico. Caja Nacional de Salud

**Responsible:** Dra. Milagros Guisbert Medel. E-mail: milagros264 t@hotmail.es

de la vida, su incidencia es: 0.13 a 1.9 casos por 100.000 habitantes (3). La mayoría de los autores describen ciertos factores de riesgo relacionados con la aparición del tumor como la exposición a la luz ultravioleta, estado inmunológico, contaminación por el virus de papiloma humano (VPH), papiloma bovino, ciertas afecciones oculares: (Síndrome de Stevens Johnson, Penfigoide, etc.), déficit de vitamina A, tratamiento con trifluridina y traumatismos (1) (2) (6) (10) (12).

Clínicamente el Carcinoma de células escamosas se manifiesta:

- Como una lesión unilateral, exofítica, asintomática que progresa lentamente y compromete la región interpalpebral de la conjuntiva bulbar cerca del limbo, conjuntiva palpebral o fornix.
- Adopta diversas formas clínicas desde masas sésiles rosas, blanco-grisáceas o pedunculadas y mal delimitadas.

La evolución es relativamente benigna, solo en raras ocasiones se ve una infiltración intraocular del 2% al 8% u orbitaria entre el 12% al 16% de los casos. La metástasis a los ganglios (preauriculares, cervicales anteriores) se produce en menos del 10%.

Se describe un promedio de supervivencia global de 14.8 años, supervivencia a 5 años 80% y supervivencia a 10 años 90%. Una tasa de mortalidad después de la extirpación completa de del 4 a 8% (1) (6) (12).

El tratamiento habitual en CE circunscritos, limbicos o de conjuntiva bulbar es la extirpación quirúrgica completa y simple. Sin embargo muchos autores describen un alto índice de recurrencias entre 5-5,3% (5). Por ello se han descrito varias alternativas asociadas a la resección, entre ellas podemos destacar la Mitomicina C (MMC), el 5 Fluorouracilo (5-FU) o Interferón  $\alpha$ -2b. Ante la sospecha y/o evidencia de lesiones difusas, extensas que invaden el globo ocular y la órbita la

actitud terapéutica será radical mediante una enucleación y/o exenteración. (5) (6) (7) (8) (10) (12).

### CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 42 años de edad que acude a consulta por presentar cuadro de un año de evolución caracterizado por una lesión proliferativa en conjuntiva bulbar de ojo izquierdo cuyo crecimiento es progresivo en los últimos meses. (fig. 1), refiere episodios recurrentes de conjuntivitis, tratado con tetraciclina, cuenta con cultivo y antibiograma de secreción conjuntival cuyo reporte revela *Haemophilus* spp, resistente a ciprofloxacina, sensible a tetraciclina y amikacina. Entre sus antecedentes destacan: Colectomía, Artritis reumatoide diagnosticada hace 6 años. A la exploración oftalmológica presenta: Agudeza visual (AV) de 0,5 en ojo derecho (OD), y MM en ojo izquierdo (OI), La Biomicroscopia con lámpara de hendidura (BMC) presenta: Queratitis punctata en OD, lesión corneoconjuntival de aspecto papilomatoso que presentaba gran vascularización con vasos engrosados y tortuosos, que se extendía desde canto interno hasta la superficie corneal en OI. (Figura N° 1)

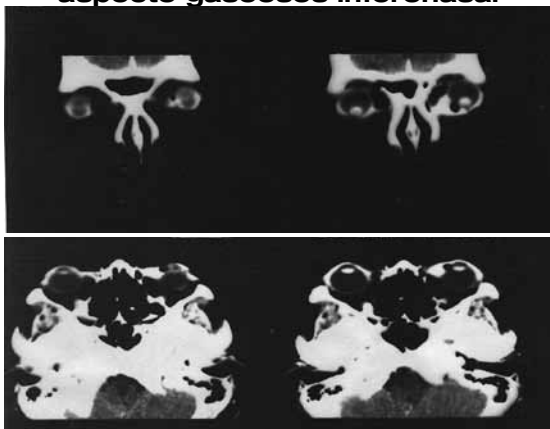
**Figura N° 1**  
**Carcinoma escamoso corneoconjuntival od**



Ante la sospecha clínica de Carcinoma Escamoso (CE) invasivo, se solicitó un estudio de extensión tumoral: (TAC): cuyo reporte evidencia invasión extraconal inferonasal con densidad de partes blandas que sugería aire al interior, compatible con tejido neoplásico (Figura N° 2)

**Figura N° 2**

**TAC Horizontal orbitaria OD, donde se observa infiltración extraconal de aspecto gaseosos inferonasal**



Así mismo es sometida a nueva valoración que revela crecimiento abrupto de la lesión y secreción conjuntival persistente iniciando tratamiento tópico con amikacina 10 - 50 mg/ml. Es transferida al servicio de oncológica para exenteración, servicio que solicita estudios de extensión tumoral: Rayos X (PA de torax), ecografía abdomino pélvica sin hallazgos patológicos compatibles. Los exámenes laboratoriales (Hemograma, bioquímica y EGO) se encontraron en parámetros normales. El cultivo bacteriológico de control reporta no LPMN ni flora bacteriana. Posteriormente se procede a la exenteración (extracción de globo ocular, músculos, nervio óptico y tejidos orbitarios, incluyendo en algunos casos párpados y cejas con injerto de piel. (Figura N° 3)

**Figura N° 3**

**Cavidad orbitaria tras exenteración OD**

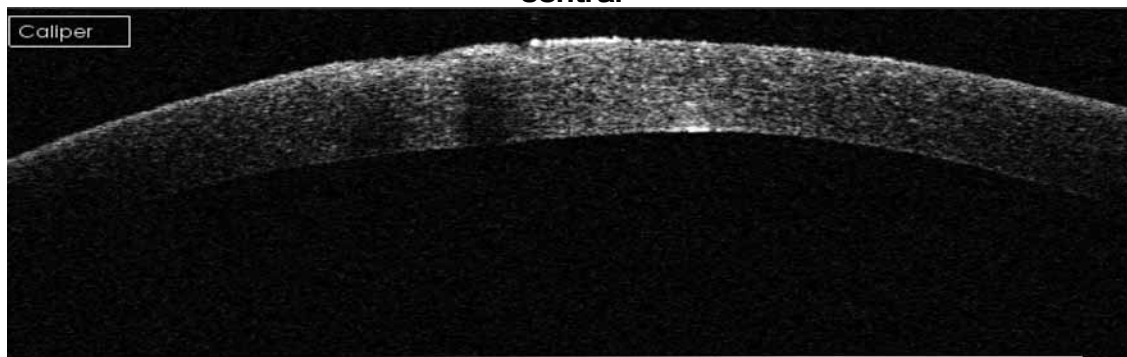


El informe anatomopatológico reporta: Al corte macroscópico presenta una tumoración localizada en conjuntiva, de 1 cm. de diámetro mayor, de bordes infiltrantes blanco grisáceos que se extienden hasta cornea; microscópicamente se observa un carcinoma escamocelular moderadamente diferenciado e infiltrante con áreas de necrosis, bordes quirúrgicos libres de neoplasia.

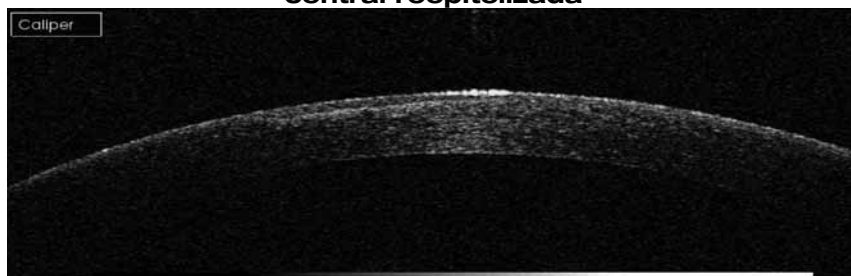
Tres meses después no se observa rechazo de injerto en cavidad orbitaria izquierda; y la biomicroscopica de ojo derecho evidencia ulcera corneal central (Figura N° 4) y queratatoconjuntivitis seca que es tratada con colirio ciprofloxacino y lágrimas artificiales en gel, con aparente reepitelización de la misma (Figura N° 5).

**Figura N° 4**

**Tomografía de coherencia óptica corneal OI, se observa úlcera corneal central**



**Figura N° 5**  
**Tomografía de coherencia óptica corneal OI, se observa úlcera corneal central reepitelizada**



La paciente acude a controles periódicos por consulta externa hace un año, debido a su queratoconjuntivitis seca recurrente en ojo derecho. La cavidad orbitaria exenterada con injerto de piel presenta una evolución favorable.

### **DISCUSIÓN**

Patologías premalignas como NIC engloban distintas formas de presentación, la forma grave corresponde al Carcinoma in situ incorrectamente denominada Enfermedad de Bowen, que compromete la epidermis de la piel y no la conjuntiva (1) (7) (9).

Una NIC puede evolucionar a una Carcinoma Escamoso (CE) no invasivo o invasivo. Se conoce poco sobre la patogenia, sin embargo la radiación ultravioleta B produce una mutación puntual P54 de un gen supresor. Su asociación con enfermedades como el Xerodermia Pigmentosum reforzaría el efecto de la luz ultravioleta sobre la célula epitelial (1) (4) (6) (12).

Desde hace años técnicas inmunológicas y de biología molecular han confirmado la relación con el VPH. La reacción en cadena de la polimerasa ha mejorado de forma importante la sensibilidad y especificidad en la detección experimental de los genotipos del VPH.

El CE se puede asociar a otras lesiones como la Leucemia linfática crónica, Linfoma no Hodgkin, Escleritis, Escleroqueratitis, Epitelioma Espinocelular o Basocelular de piel, Carcinoma de riñón, pulmón, colon; virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) y Herpes Simple (6) (7) (12) (13).

Muchos autores hacen referencia sobre la propagación intraocular de células tumorales a través de los canales esclerales del limbo y de las arterias ciliares hasta la malla trabecular alcanzando la raíz del iris, cuerpo ciliar del espacio subretiniano. Así mismo no suele invadir el cristalino retina y el vítreo (6) (12) (14).

Desde hace algunos años se ha descrito como alternativa de diagnóstico la punción de cámara anterior y estudio citológico con tinción papanicolaou debido a la diseminación de células tumorales en el humor acuoso (6) (12) (14).

El tratamiento clásico consiste en la resección quirúrgica completa que incorpora un margen de 2 mm a 4 mm de conjuntiva aparentemente normal, realizada antes de la confirmación anatómo-patológica con o sin Crioterapia. En el momento quirúrgico es difícil obtener márgenes libres debido a la infiltración lateral y de base. Para algunos autores es clínicamente excepcional encontrar un carcinoma con infiltración importante debido a la extirpación precoz de lesiones precancerosas y con un alto índice de sospecha (6) (7) (8) (12).

Una de las mayores preocupaciones en los últimos tiempos es reducir la elevada incidencia de recurrencias posquirúrgicas tras la extirpación. En ese intento se ha asociado una serie de alternativas. El éxito obtenido con la MMC está ampliamente documentado y se considera un tratamiento de respuesta rápida y cuya efectividad es catalogada como buena. Algunos

autores ponen en duda el potencial carcinogénico de la MMC sobre todo en pacientes con alteraciones genéticas en los mecanismos de reparación de ADN.(7).

Un fármaco cuya eficacia es similar a la MMC es el Interferon alfa -2b, una Glicoproteína que tiene la ventaja de ser menos tóxica pero la desventaja de tener una acción lenta además de ser sumamente costosa (7) (8) (10).

Si existe sospecha y/o evidencia de invasión intraocular lo mejor es la enucleación debido a que muchos autores reportan casos de extensión intraocular después de meses de biopsias incisional y/o excisional (12 ).

Si se verifica una invasión orbitaria mediante un estudio TAC estará indicada la exenteración como el caso que presentamos.

## **REFERENCIAS**

1. Jery A. Shields, M.D. *Tumores oculares malignos-Avances en el diagnostico y tratamiento*. CIVA VISIÓN. Internacional Ophthalmology Clinic. Barcelona. EDIKAMED; 1994
2. Robert C. Arffa, M.D. *Grayson Enfermedades de la Cornea*, 4 ta Ed. HARCOURT. Brace de España S.A; 1999
3. Tune M, Char DH, Cravvford B, Miller T. *Intraepithelial and invasive squamous cell carcinoma of the conjunctiva analysis of 60 cases*. Br J Ophthamol 1999; 83: 98-103
4. Erie JC, Campebell RJ, Liesegang TJ. *Conjuntival and corneal intraepithelial and invasive neoplasia*. Ophthalmology 1986; 93:176-83.
5. Díaz-Valle D, Benítez del Castillo JM, Díaz -Valle T, Poza- Morales Y, Arteaga- Sánchez A. *interferón tópico como tratamiento único en caso de Neoplasia Intraepitelial corneo-conjuntival severa*. Arch Soc Esp Oftalmol. 2005; 12(80). [www.oftalmo.com\seo](http://www.oftalmo.com/seo).
6. López García JS, Elusúa de Juan L, Gonzáles Morales ML, De Pablo Marín C, Álvarez Lledo J, Martínez Garchitorena J. *Carcinoma de Células escamosas conjuntival con invasión a órbita*. Arch Soc Esp Oftalmol. 2000; 75: 637-42
7. Murcia López A et al. *Tratamiento farmacológico de las Neoplasias Corneo - Conjuntivaies*. Farmacia Hospitalaria 2005;29(2): 126-33. Formato archivo: PDF/Adobe-Aerobat-versión en TFML [www.sef.h.esVf h\2005\22\s pdf](http://www.sef.h.esVf h\2005\22\s pdf)
8. Toledano Fernández N, García Sáenz, Díaz Valle D, Arteaga Sánchez A, Segura Bbedmar M, Lorenzo Jiménez S, Cortes Lambeca L. *Empleo de Interferón alfa-2 B para el tratamiento de Carcinomas conjuntivales intraepiteliales en casos seleccionados*. Arch Soc Esp Oftalmol 2003; 5(78) [www.oftalmo.com\seo](http://www.oftalmo.com\seo)
9. Puente García N.M, Voces García D. *Enfermedad de Bowen*. Formación Médica continuada en atención primaria. Soc Esp Med familia y comunitaria. 2001; 8(5):356
10. Verdaguer P, Fideliz de la Paz N, Alvarez de Toledo J.P , Barraquer R.I . *Interferon alfa 2 b,queratotomía parcial y transplante de membrana amniótica para tratamiento de un carcinoma escamoso conjuntival recidivante*. Arch Soc Esp Oftalmol 2011: 86(5):154-157.
11. Saornil M.A, Becerra E, Medez M.C, Blanco G. *Tumores de la conjuntiva*. Arch.Soc.Esp. Oftalmol.2009;84(1):<http://www.oftalmo.com/seo/archivos/articulo.php?idSolicitud=2425&numR=1&mesR=1&anioR=2009&idR=143>
12. Prado Serrano A. Gonzáles Perez JV. *Carcinoma ce celulas escamosas de conjuntiva con invasión intraocular*. Rev. Mex. Oftalmol; 2009: 83(4): 245-250.
13. Arteaga Sanchez A. Toledano Fernandez N. Diaz Valles D, Fernandez Aceñero MJ., Hijos Gaston M. *Escleroqueratitis y carcinoma escamoso de conjuntiva invasivo*. Arch. Soc. Esp. Oftalmol. 2007; 82(4): 237-40.
14. Rondon Madrigal E, Castillo Oviedo O, Lovelle Enrique O, Mendosa Rodríguez C y cols. *Tumores de células escamosas de orbita* . 2009. Disponible en: <http://www.eyecancermd.org/cancer.html#conjuntivales>