

Medicent Electrón. 2015 ene.-mar.;19(1)

**POLICLÍNICO UNIVERSITARIO
 «OCTAVIO DE LA CONCEPCIÓN Y LA PEDRAJA»
 CAMAJUANÍ, VILLA CLARA**

INFORME DE CASO

Tumor de órbita izquierda

Left orbital tumor

Dr. Erik Alonso Rodríguez¹, Dra. Lianne Sampedro Valdés², Dr. José Antonio Gutiérrez Gamazo³

1. Especialista de Primer Grado en Oftalmología y en Medicina General Integral. Instructor. Policlínico Octavio de la Concepción y la Pedraja, Camajuaní. Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: ericka@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Policlínico Octavio de la Concepción y la Pedraja. Camajuaní. Villa Clara. Cuba.
3. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Instructor. Policlínico Octavio de la Concepción y la Pedraja. Camajuaní, Villa Clara. Cuba.

DeCS: seudotumor orbitario/diagnóstico.

DeCS: orbital pseudotumor/diagnosis.

La diversidad de tejidos presentes en la órbita se refleja en los diferentes tipos de tumores que allí se presentan.¹ El diagnóstico de la naturaleza de los tumores orbitarios es difícil debido al gran número de afecciones de tipo expansivo que asientan en la órbita y que tienen como síntoma común la proptosis del globo ocular.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) los clasificó, en 1993, en ocho grupos, en dependencia de las células primarias proliferantes.²

Los tumores pueden clasificarse en: tumores formadores de hueso, formadores de cartílago, tumores de tejido conectivo, neoplasias originadas en elementos de la médula ósea, tumores de células gigantes, tumores de origen vascular, de origen incierto, no clasificables y lesiones pseudotumorales.³

Entre los tumores orbitarios, el hemangioma cavernoso es el más frecuente dentro de los benignos. Está formado por dilataciones vasculares y suele estar bien encapsulado, localizado en el cono muscular, por detrás del globo ocular.^{4,5}

El diagnóstico de la naturaleza del tumor, por lo general, corresponde al servicio de Anatomía Patológica, aunque, con los métodos radiológicos actuales, se ha facilitado hacer con más certeza el diagnóstico y acercarse a su origen embriológico.

Presentación del paciente

Paciente de 50 años, masculino, de piel blanca, con antecedentes de salud anterior, que refiere padecer, desde hace tres años, cefaleas ocasionales que se alivian con analgésicos y antiinflamatorios, sin acudir al médico; refería, además, molestias oculares, como ardor y lagrimeo. Hace un año y medio sus familiares le insisten en que notaban su ojo izquierdo aumentado de

tamaño, pero el paciente no le daba importancia. En esta oportunidad, acudió a consulta de oftalmología por dolores de cabeza intensos en la región occipital y por notar, desde un mes antes, la disminución marcada de la agudeza visual del ojo izquierdo.

En el examen físico ocular, se comprobó, mediante el uso del test letras, que la agudeza visual del ojo derecho era la unidad, no así el ojo izquierdo, que presentaba 0.05 de visión. El ojo derecho no presentaba alteraciones oftalmológicas de sus anejos, segmento anterior, ni en el fondo de ojo. El ojo izquierdo presentaba parálisis del músculo recto externo, déficit de convergencia, una ligera hiperemia conjuntival y exoftalmos; el segmento anterior estaba normal y en el fondo de ojo se encontró una papila con bordes velados, vasos ingurgitados y pliegues coriorretinianos.

El análisis sanguíneo mostró los siguientes resultados: hemograma y coagulograma normales, fórmula leucocitaria normal, eritrosedimentación: 10 mm/h y fibrinógeno: 3,51 g/L. La química sanguínea resultó ser normal y el valor de LDH de 384,3 UI. En los estudios de autoinmunidad, se comprobó que el factor reumatoideo fue negativo, al igual que la proteína C reactiva y los anticuerpos antinucleares. Los inmunocomplejos circulantes y la cuantificación de inmunoglobulinas fueron normales. La serología VDRL, las pruebas de hepatitis B, C y VIH resultaron también negativas.

La tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo fue normal y en la TAC de órbita se observó imagen hipodensa de aspecto tumoral, que medía 2.3 por 7.1cm, en íntima relación con el músculo recto externo izquierdo, lo que provocó el desplazamiento del globo ocular hacia delante, sin afectación del nervio óptico (Figura).

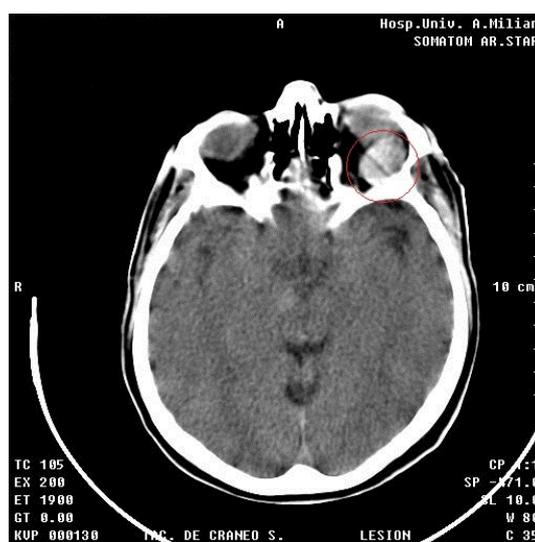


Figura. Encerrado en el círculo rojo, puede observarse la imagen tumoral hipodensa relacionada con el recto externo izquierdo.

Se realizó exéresis del tumor, y el estudio anatomopatológico evidenció la presencia de un hemangioma cavernoso. La evolución postoperatoria del paciente fue satisfactoria. La agudeza visual alcanzó valores de 0.5 con cristales, desapareció la proptosis y la cefalea. El paciente continuó desarrollando su vida normalmente.

Comentario

El diagnóstico de hemangioma cavernoso puede ser fácil cuando este se manifiesta clínicamente con los signos que lo caracterizan, especialmente los situados en la superficie; pero su diagnóstico puede prestarse a confusión y hacerse difícil.⁶⁻⁸, como en el paciente presentado, cuando su ubicación es profunda, sin alteraciones locales en la coloración ni pulsaciones, sobre todo, si no

puede obtenerse ningún material para estudio o no existe evidencia clínica, como la presencia de sangre.

El diagnóstico definitivo fue realizado en el acto quirúrgico, al encontrarse una masa tumoral sangrante, muy friable, la cual fue extirpada en su totalidad, con la consiguiente ligadura de los vasos. Mediante estudio hístico, se confirmó el diagnóstico de hemangioma cavernoso.

Debe hacerse el diagnóstico diferencial con linfagomas, quiste dermoide hemangiomas capilares y con el adenoma pleomórfico de la glándula lagrimal.

Existió un comportamiento inusual, en cuanto al sexo, pues este tipo de tumor es mucho más frecuente en mujeres.⁹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferreri JM, Dolcetti R, Du MQ, Doglioni C, Resti AG, Politi LS, *et al.* Ocular adnexal MALT lymphoma: An intriguing model for antigen-driven lymphomagenesis and microbial-targeted therapy. *Ann Oncol.* 2008;19:835-46.
2. Briceño A, Payares E, Marrero N, Morales L, Gutiérrez S, Quijada O. Adenocarcinoma metastásico a globo ocular. *Rev Venez Oncol.* 2009;21(2):99-105.
3. Poloschek CM, Lagrèze WA, GJ Ridder GJ, Hader C. Clinical and neuroradiological diagnostics of orbital tumors. *Ophthalmologe.* 2011 ;108(6):510-8.
4. Herwig MC, Fischer HP, Holz FG, Loeffler KU. Diffuse ocular metastasis of ductal breast carcinoma following vitreoretinal surgery. *Br J Ophthalmol.* 2011;95:1609-10.
5. Razek AA, Elkhamary S, Mousa A. Differentiation between benign and malignant orbital tumors at 3-T diffusion MR-imaging. *Neuroradiology.* 2011;53(7):517-22.
6. Prost O, Crouch ER. Strabismus Syndroms. En: Grarg A, Rosen E. *Instant Clinical Diagnosis in Ophthalmology. Strabismus.* Missouri: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2009. p. 325-43.
7. Magnino SS, Dolcetti R, Doglioni C. Chlamydia Infection and Lymphomas: Association Beyond Ocular Adnexal Lymphomas Highlighted by Multiple Detection Methods. *Clin Cancer Res.* 2008;14:5794-800.
8. Phulena K, SaSinha P. Intraosseous hemangioma of the orbital. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2010;10(1):9-17.
9. Ashraf M, Abdullah J, Ariff AR, Biswal BM, Mokhtar I, Othman NH. Unilateral exophthalmos caused by an extramedullary plasmocytoma: A case report. *Malaysian J Med Sci.* 2010;10(5):90-9.

Recibido: 23 de enero de 2014

Aprobado: 15 de marzo de 2014

Dr. Erik Alonso Rodríguez. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Oftalmología. Instructor. Policlínico Octavio de la Concepción y la Pedraja, Camajuaní. Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: ericka@capiro.vcl.sld.cu