

METÁSTASIS A COROIDES DE UN TUMOR SIN PRIMARIO CONOCIDO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Autores:

Dra. Ana Lourdes Vasallo Díaz, ana.vasallo@gal.sld.cu Hospital General Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos Cuba, Especialista de 1er Grado en Oncología.

Dra. Dayana Calzada Urquiola, ourquiola@ucf.edu.cu, Hospital General Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos Cuba, Especialista de 1er Grado en Oncología, Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral.

Dra. Maylin Jiménez Abraham, maylin.jimenez@gal.sld.cu Hospital General Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos Cuba, Especialista de 1er Grado en Oncología, Profesor Instructor.

Dra. Marylin Aroche Quintana, marylin.aroche@gal.sld.cu Hospital General Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos Cuba, Especialista de 1er Grado en oftalmología, Especialista en Medicina General Integral, Profesor Asistente, Master en longevidad.

Dra. Icilany Villares Álvarez, icilanyvg@jagua.cfg.sld.cu Hospital General Clínico Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos Cuba, Especialista de 1er Grado en Oftalmología, Especialista en Medicina General Integral, Profesor Asistente.

Dra. Fe Dora Peñate Tamayo, Hospital Celestino Hernández Rubau. Villa Clara Cuba, Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er grado en Oncología. Profesor Instructor.

Resumen

Las neoplasias intraoculares malignas más frecuentes se localizan en la coroides. Solo cerca del 10% de las personas que tienen una o más lesiones metastásicas intraoculares son detectadas clínicamente antes de la muerte. La etiología varía según el sexo, siendo el carcinoma de pulmón el que con más frecuencia metastatiza en el varón y el carcinoma de mama en la mujer. Tienden a la multifocalidad y generalmente se localizan en el polo posterior. El 50% de los casos cursan de forma asintomática. La presencia de lesión corioidea exudativa, la disminución de la agudeza visual que presentó la paciente, así como la infrecuencia de la patología motivaron la presentación de este caso clínico.

Palabras clave: neoplasias intraoculares, lesiones metastásicas.

INTRODUCCIÓN

En muchos casos, síntomas como pérdida de visión o desprendimiento de retina, llevan al paciente a visitar al oftalmólogo, quien descubre la existencia del tumor primario no diagnosticado, a través de un examen de fondo de ojo.¹

El mecanismo de producción de una metástasis depende de la diseminación hematógena de las células tumorales. Los microémbolos tumorales llegan al ojo por la arteria oftálmica hasta las arterias ciliares. La anatomía de la irrigación del ojo explica las localizaciones predilectas.^{1,2,3}

En el conjunto de las metástasis oculares la de coroides es la más frecuente (80% de todas las metástasis oculares) y se estima que un 9% de todas las metástasis del organismo tiene la coroides como primera localización.^{1,2,3}

El 50% de los tumores de pulmón se diagnostican posteriormente a la aparición de la metástasis, al contrario de lo que ocurre con el cáncer de mama en que los pacientes suelen tener una historia de carcinoma conocido en el 90% de los casos.¹⁻³

Pueden producir pérdida de visión, escotomas, metamorfopsias, y fotopsias. La exploración oftalmoscópica característica muestra una lesión coroidea placode, homogénea y de aspecto cremoso.¹

Las metástasis coroideas se diagnostican con más frecuencia en mujeres y, si se exceptúan las leucemias, en edades medias o ancianos en un rango de edad entre los 40 y los 70 años.^{1,5,6}

La mayoría de las lesiones metastásicas intraoculares son diagnosticadas clínicamente y no histopatológicamente dado que los resultados incluso después de pruebas inmunohistoquímicas no es concluyente.^{2,7}

Presentación del caso

Datos generales:

- RCFA.
- HC: 027956.
- Edad: 60 años.
- Sexo: Femenino.
- Hábitos tóxicos: Fumadora, bebedora habitual.
- Antecedentes patológicos personales: Hipertensión Arterial Crónica, Asma bronquial, Carcinoma Epidermoide de Cérvix (35 años).

Paciente que acude a consulta de oftalmología del Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” en marzo del 2018 con cefalea en región frontal derecha

progresiva desde junio del 2017 que se asoció a disminución de la agudeza visual del ojo derecho hasta perder la visión completa de ese ojo, presentó además ptosis palpebral. En el examen oftalmológico inicial se detectó en el fondo de ojo (derecho) desprendimiento de la retina más plano en polo posterior que involucra la mácula y más elevado hacia retina media periférica con cambios epiteliales con migración de pigmento. Con este hallazgo se remite al Instituto Clínico-Oftalmológico "Ramón Pando Ferrer" como lesión neoplásica metastásica intraocular para confirmar diagnóstico.

Examen físico ocular:

Posición primaria de mirada: Ortotropía

Anexos: OD Cambios degenerativos conjuntivales.

S/A: OD Hipoquinesia del reflejo fotomotor

Defecto pupilar aferente relativo

Medios: OD Esclerosis cristalina incipiente

Celularidad en el humor vítreo

F.O: OD Lesión en forma de placa de color blanquecina-cremosa discretamente sobreelevada en la región superior a la papila con desprendimiento de retina exudativo, cambios epiteliales hacia retina media.

Estudios realizados

Retinografía (Anexo figura 1).

TAC de coherencia óptica (Anexo figura 2): Engrosamiento retinal y desprendimiento de retina de aspecto exudativo peripapilar fundamentalmente que involucra mácula.

Ultrasonido de segmento posterior (Anexo figura 3):

Modo B: Engrosamiento coroideo de aspecto sólido poco elevado heterogéneo.

Engrosamiento escleral asociado.

Desprendimiento retinal.

Opacidad del vítreo escasa.

Modo A: Aros de mediana reflectividad.

Se concluyó después de realizados los estudios y por las características de la lesión que se trata de lesión metastásica intraocular y llega al servicio de Oncología del Hospital Gustavo Aldereguía Lima donde se realiza interrogatorio, examen físico y estudios complementarios para llegar al diagnóstico de la lesión primaria:

Interrogatorio: Además de lo descrito al inicio del cuadro clínico se constató pérdida de peso de más de 25 libras.

Examen físico (datos positivos):

Mama: nódulo en cuadrante superior externo de la mama derecha de 2cm, duro no doloroso, móvil, no se palpan adenopatías.

Respiratorio: Murmullo vesicular disminuido globalmente, no estertores.

Abdomen: dolor a la palpación superficial en epigastrio.

Estudios complementarios:

Complementarios:

Hb: 12.4g/l

C. plaquetas: $205 \times 10^9/L$

Leucograma: $9.6 \times 10^9/L$

Glicemia: 5.23 mmol/L

Creatinina: 55 mmol/L

Ac. Úrico 333 mmol/L

TGP: 20 U/L

TGO: 23 U/L

Fosfatasa Alcalina: 200 U/L

Radiografía de tórax: Signos de enfisema pulmonar generalizado. Índice cardiotorácico normal. Ateromatosis de la aorta.

Ultrasonido de mama: En cuadrante superior externo de la mama derecha, cerca de la areola se observa una imagen hipoecogénica de contornos irregulares de 16x14mm con sombra posterior a la misma. Axila sin alteración. Mama izquierda sin alteración.

Mamografía: mamas densas, heterogéneas, se observan calcificaciones benignas en ambas mamas, no imagen "T" por este estudio. Axilas con adenomegalias de aspecto benigno.

Ultrasonido abdominal: Hígado de tamaño y ecopatrón normal, vesícula, vías biliares y páncreas normales. Riñones normales con buen RCM. Bazo normal. No adenopatías intraabdominales. No líquido libre en cavidad peritoneal. Vejiga normal. No alteraciones en hipogastrio.

TAC de tórax: negativa.

Comentario:

Cuando la metástasis coroidea supone la primera manifestación de la enfermedad, lo que ocurre entre el 10-30% de los casos, un 51% será de origen desconocido, un 35% será una neoplasia de pulmón, un 7% de mama y otros orígenes el resto. La mayoría de tumores sólidos que origina metástasis en coroides son carcinomas. Las metástasis de melanoma cutáneo son raras y ocurren en enfermedad diseminada.^{1,5}

El 1 % de los pacientes con este diagnóstico cursan de forma asintomática y las lesiones se encuentran de forma incidental en un examen oftalmológico de rutina.^{1,7}

En todo paciente que tenga sospecha de un carcinoma metastásico es obligatorio un examen minucioso de toda evidencia clínica de cáncer extraocular antes de realizar biopsia tumoral o cualquier tratamiento ocular con el objetivo de detectar la lesión primaria y administrar tratamiento oncespecífico, en este proceso de diagnóstico y estadiamiento se encuentra el presente caso.

Conclusiones

En pacientes portadores de tumores metastásicos detectados en los ojos es fundamental establecer el diagnóstico histológico, determinar el origen extraocular o tumor primario y trabajar en las modalidades de tratamiento en vistas de preservar la visión o restaurarla en los casos posibles y evaluar el estatus del tumor intraocular antes y después del tratamiento. La conducta debe ser definida siempre en un grupo multidisciplinario formado por oftalmólogos, oncólogos, terapeutas de radiación e internistas, para asegurar el cuidado óptimo de los pacientes.

Referencias bibliográficas

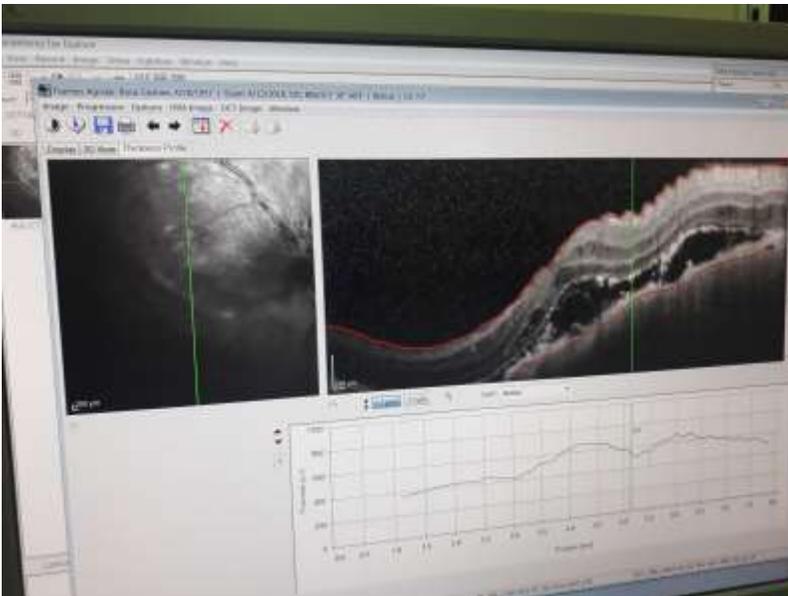
- 1- Camarillo C, Sánchez I, Encinas JL. Metástasis coroideas. An. Sist. Sanit. Navar. 2008 Vol. 31, Suplemento 3 127-134.
- 2- Shields JA, SHIELDS CL. Intraocular tumors. A text and atlas. Philadelphia: WB Saunders Co, 1992.
- 3- Encinas Martín JL. Tumores intraoculares. Editorial Universitaria Ramón Areces, 2006.
- 4- Domínguez MG, Llerena J, Miguel I. Tumor Ocular Metastásico. Rev Cubana Oftalmología Internet. 2004 Mayo 24; 17(1).
- 5- Allaire GS, Coriveau C, Arbour JD. Metastasis to the optic nerve. Clinicopathological correlation. Can J Ophtalmol 1995;30:306-11.
- 6- Leys AM, Van Eyck LM, Nuttin BJ, et al. Metastatic carcinoma to the retina. Clinicopathologic findings in two cases. Arch Ophtalmol 1990;108:1448-52.
- 7- Shields JA, Shields CL, Brown GC, et al Mushroom-shaped choroidal metastasis simulating a choroidal melanoma. Retina 2002;22:810-812.

Anexos

Figura 1 Retinografía Ojo derecho



Figura 2 Tomografía de coherencia óptica



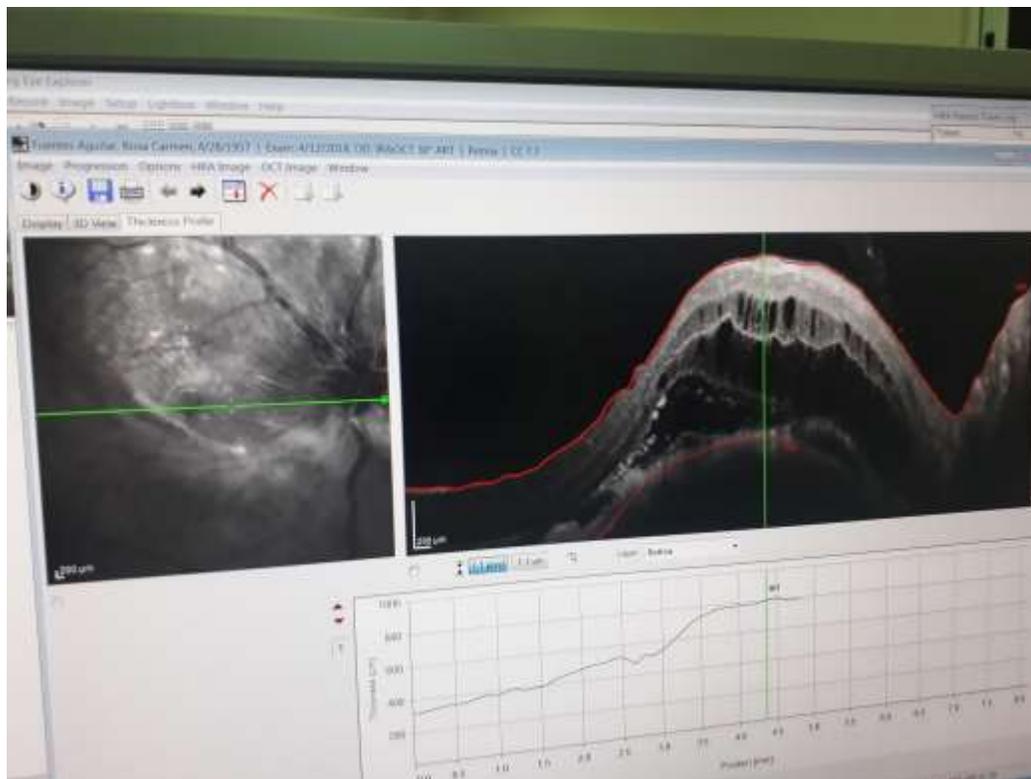


Figura 3 Ultrasonido de segmento posterior ojo derecho

