

Metástasis coroidea secundaria a carcinoma vesical

Metastasis of choroid just vesical carcinoma

MONTESINOS VENTURA BM¹, GIL HERNÁNDEZ M.^aA²

RESUMEN

Presentamos un caso clínico de un paciente varón de 77 años con una metástasis coroidea secundaria a un carcinoma vesical.

Las metástasis coroideas son características de la enfermedad tumoral terminal.

Son mucho más comunes de lo que parece, ya que el paciente no se remite al oftalmólogo porque está demasiado enfermo.

SUMMARY

We present a clinical case of a seventy seven years old male patient with metastasis of choroid due vesical carcinoma. Metastasis of choroid are characteristic of terminal tumoral disease. They are very much common it seem, the patient don't go to oculist because he is too sick.

INTRODUCCIÓN

El cáncer metastásico del tracto uveal es la forma más común de malignidad intraocular.

La extensión se produce por vía hematológica, siendo las neoplasias más frecuentes, el cáncer de mama en la mujer, y el de pulmón en el varón.

Otras localizaciones primarias, menos comunes, incluyen los riñones, los testículos y el tracto gastrointestinal (1,2).

Se manifiestan oftalmológicamente por la presencia de lesiones blanquecinas, ova-

ladas o en placa ; solitarias o múltiples. Sus bordes están poco definidos, y raras veces presentan una sobre elevación significativa (1).

Se presenta un caso clínico de un paciente con metástasis coroidea secundaria a carcinoma vesical.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 77 años de edad que ingresa en nuestro servicio procedente de la

Complejo Hospitalario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

¹ Licenciada en Medicina General y Cirugía.

² Doctora en Medicina General y Cirugía.

Correspondencia:

B. Montesinos Ventura

Servicio de Oftalmología

Complejo Hospitalario Ntra. Sra. de Candelaria

Carretera del Rosario, s/n

38010 Santa Cruz de Tenerife. España

isla de El Hierro con el diagnóstico de desprendimiento de retina en el ojo derecho.

Entre los antecedentes personales hay que destacar que en 1986 se le diagnostica una Neoplasia Vesical (Carcinoma Papilar Transicional grado II, Estadio A de Jewet), y un Adenoma de Próstata con estenosis de uretra membranosa.

Se somete a Tratamiento quirúrgico: RTU más Uretrotomía endoscópica en varias ocasiones por múltiples recidivas con reestenosis y hematurias acompañantes (1986, 1989, 1990, 1997 y 1998). También recibe Tratamiento con citostáticos intravesicales.

Como antecedente oftalmológico de interés; fue intervenido quirúrgicamente de cata-

ratas en ambos ojos en 1998. En Marzo de 1999 se le realiza una Capsulotomía Yag en el ojo derecho.

En la exploración oftalmológica presenta una Agudeza visual de cuenta dedos en el ojo derecho ; y de 2/3 en el ojo izquierdo.

En la Biomicroscopía Anterior se aprecia pseudofaquia bilateral.

En la exploración de Fondo de ojo destaca en el ojo derecho, la presencia de una masa sobrelevada blanquecina a nivel nasal, y un desprendimiento de retina inferior a través del cual se aprecia con dificultad, una lesión nodular (fig. 1).

El Fondo del ojo izquierdo es normal.

En la Exploración Ecográfica del ojo derecho podemos distinguir un levantamiento de la retina inferior en el que yace una masa redondeada e hiperecogénica. También se observa una lesión nodular hiperecogénica a las 9 horas, confirmando así, la naturaleza sólida de la lesión tumoral localizada a dicho nivel (fig. 2).

Se le realiza una Tomografía Axial Computerizada Orbitaria que revela la existencia de un desprendimiento de retina exudativo con dos masas nodulares coroideas en el ojo derecho.

Posteriormente se procede a la realización de una Resonancia Magnética Nuclear, en la que se aprecia en T1 una imagen de señal brillante en región posterior y lateral interna del globo ocular derecho, y en T2 una señal hipointensa que se corresponde con la lesión coroidea (figs. 3 y 4).

Ante la sospecha de metástasis coroidea secundaria a un cáncer vesical se realiza una interconsulta a Oncología, la cual revela además la existencia de adenopatías duras, no

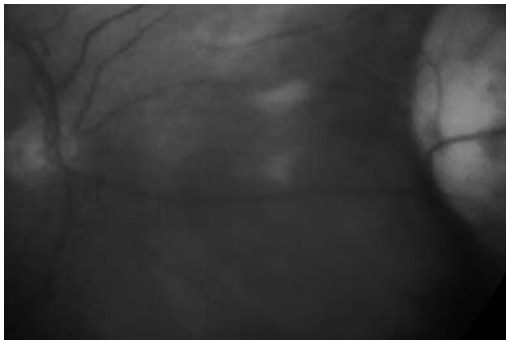


Fig. 1.

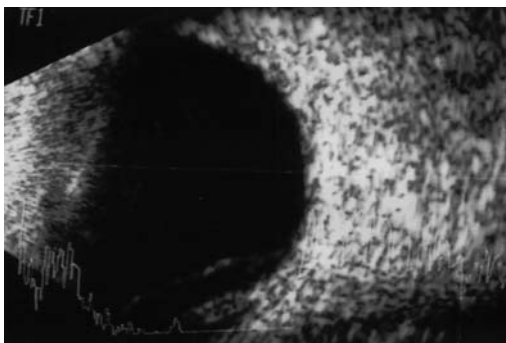
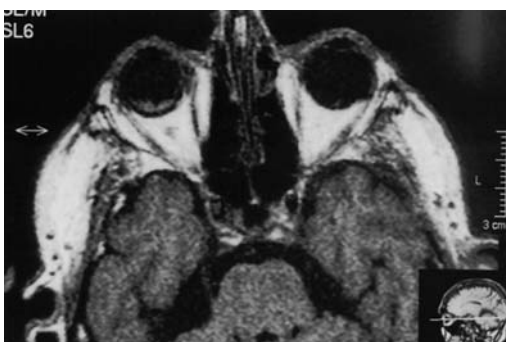
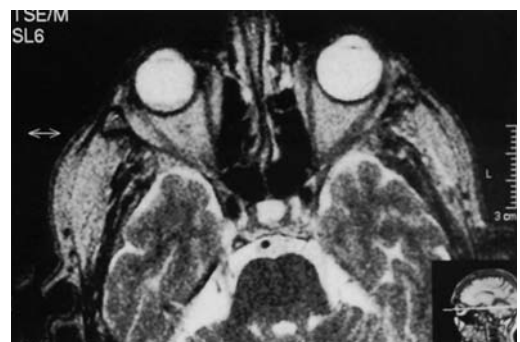


Fig. 2.



Figs. 3 y 4.



móviles en la región cervical izquierda. La punción y aspiración con aguja fina (PAAF) de dichas adenopatías confirma la existencia de células neoplásicas de tipo carcinoma transicional.

El Tratamiento oftalmológico y sistémico fue paliativo. Considerando el pronóstico desfavorable y la edad avanzada del paciente se descarta la aplicación de un tratamiento quimioterápico y/o radioterapéutico.

Nos encontramos por tanto, con una metástasis coroidea secundaria a un carcinoma vesical, que inicialmente se encontraba sin signos de extensión sistémica.

Destacamos la poca frecuencia de este tipo de carcinoma como productor de metástasis uveal.

DISCUSIÓN

El carcinoma metastásico de coroides es el tumor maligno intraocular más frecuente.

Esto es, los tumores metastásicos de la coroides son más frecuentes que las neoplasias malignas primarias a este nivel (1-3).

La presencia de una metástasis coroidea puede ser inicial de un carcinoma bronquial, mientras que el antecedente de mastectomía es la norma en las mujeres con cáncer de mama; esto es, es rarísimo encontrar una metástasis coroidea como manifestación inicial de una neoplasia mamaria (3).

No obstante, las metástasis coroideas suelen ser más características de la enfermedad terminal avanzada³

El carcinoma metastásico uveal se encuentra en uno o en ambos ojos y puede presentarse de forma uni o multifocal, localizándose sobre todo a nivel del polo posterior.

Por lo que, la exploración minuciosa del otro ojo es importante debido a la frecuencia de las metástasis bilaterales.

La sintomatología más habitual se caracteriza por visión borrosa o deformada por afectación macular (3) en uno o ambos ojos. En algunas ocasiones las metástasis invaden el Nervio Óptico y provocan una pérdida profunda de visión.

Estas lesiones se suelen encontrar asociadas a desprendimientos de retina exudativos.

No obstante los desprendimientos de retina son de mayor extensión y con bolsas más altas en las metástasis coroideas que en los melanomas de coroides.

No suelen asociarse a hemorragias en el vítreo. Raramente se han asociado a desprendimientos de coroides (4,5).

En el estudio ecográfico las metástasis coroideas suelen presentar elevaciones no muy pronunciadas, tendiendo a ser masas más planas que los melanomas de coroides; es frecuente el hallazgo de extensiones mayores medidas por ecografía que las estimadas oftalmoscópicamente. Su superficie es irregular, distinta a la morfología nodular o cupuliforme, típica del melanoma de coroides (4).

La atenuación de los ultrasonidos es moderada. Su reflectividad suele ser media-alta y su estructura interna irregular por necrosis intratumoral. El pulso vascular es mínimo o ausente (4,6,7).

El valor de la angiografía fluoresceínica es relativo en estos tumores.

En fases iniciales la coroides puede ser hipofluorescente si la coriocapilar está oculta. Más adelante aparecen múltiples puntos hiperfluorescentes que pierden contraste al espacio subretiniano con acumulación de contraste.

La angiografía con verde de indocianina (AVI) puede mostrar una gran variabilidad de presentaciones condicionadas especialmente por el grado de vascularización del tumor (8) aunque debido al aspecto amarillento amelanótico de las metástasis coroideas sin evidencia de vascularización intrínseca, la AVI muestra un patrón relativamente uniforme, con hipofluorescencia precoz en comparación con la coroides circundante.

En fases tardías, sobre los 30 minutos, la lesión mostrará un discreta tinción difusa y escape en sus bordes (9).

El tratamiento del carcinoma metastásico uveal es paliativo y consiste en la aplicación de quimioterapia junto con radioterapia externa (3).

Las metástasis coroideas crecen rápidamente y suelen responder bien a un ciclo de radioterapia paliativa (3).

La enucleación está contraindicada, a no ser que el ojo sea doloroso (3).

En la bibliografía consultada no hemos encontrado casos descritos de metástasis corioidea secundarias a carcinoma vesical.

BIBLIOGRAFÍA

1. J. Kanski. Oftalmología Clínica, 1996, cap 7, 174.
2. Duane's Ophthalmology on CD-ROM 1998.
3. Spalton DJ, Hitchings RA, Hunter PA. Atlas de Oftalmología Clínica 2ª edición. Mosby-Doyma 9.18-9.19.
4. Byrne SF, Green RL. Ultrasound of the eye and orbit. CV Mosby. San Luis, 1992.
5. Shields JA; Shields CL: Intraocular tumors. A text and a atlas. Philadelphia 1992. WB Saunders Co. 240-252.
6. Verbeek Am. A choroid oat-see carcinoma metastasis mimicking a choroidal melanoma. En: Thijssen JM, Verbeek AM (eds). Ultrasonography in Ophthalmology. Dordrecht: Junk, 1981: 131.
7. Verbeek Am, Thissen JM, Cuypers MHM; Brink H, Deutmann AF. Echographic classification of intraocular tumors. Acta Ophthalmol 1994; 72: 416-422.
8. Marin F. Angiografía digitalizada con verde indocianina en otras patologías. In: Gómez-Ulla F. Nuevos métodos de exploración retiniana. Madrid: Sociedad Española de Oftalmología; 1994; 165-182.
9. Shields CL. Clinical evaluation of choroidal tumors. In: Yannuzzi La, Flower RW; Slakter JS. Indocyanine green angiography. St Louis: Mosby; 1997; 279-296.