

Metástasis coroideas de cáncer de pulmón (*Oat-cell*)

S. Rubio¹
R. Suárez del Villar¹
EC. González
Fernández²
AM. Díez-Lage²
I. Claros³
C. López Muñiz⁴

¹Servicio de Medicina Interna

²Servicio de Oftalmología

³Servicio de Anatomía patológica

⁴Servicio de Radiología Hospital de Cangas del Narcea Asturias

Resumen

Se presenta un caso clínico de un paciente diabético que consulta por pérdida de visión de ojo izquierdo cuyo diagnóstico resultó ser una metástasis coroidea de un cáncer de pulmón (*Oat-cell*) y se revisan los aspectos diagnósticos, clínicos y terapéuticos de esta entidad.

Resum

Es presenta un cas clínic d'un pacient diabètic que consulta per pèrdua de visió i que el seu diagnòstic final es el de metàstasi coroïdea de carcinoma de pulmó (*oat-cell*). Es discuteixen els aspectes clínics, diagnòstics i terapèutics d'aquesta entitat.

Summary

The author's present the clinical case of a man diabetic with monocular vision loss secondary of choroidal metastasis of lung carcinoma (*Oat cell*) and discuss the clinic, diagnostic and therapeutic options of this entity.

Las causas de pérdida de visión más frecuentes en un paciente diabético cuando es unilateral son la retinopatía diabética, la catarata y los traumatismos oculares, mientras cuando es bilateral suele ser por retinopatía diabética o glaucoma^{1,2}. Sin embargo, no hay que olvidar que otras causas sin relación con la diabetes también pueden causar pérdida de visión (defectos refractivos, glaucoma cataratas, hemorragias vítreas, maculopatías de origen diverso, infecciones oculares, procesos vasculares arteriales o venosos, neuritis ópticas, tumores primarios y metastáticos, traumatismos y retinopatías diversas).

A continuación presentamos un paciente diabético que consultó por este motivo y cuyo diagnóstico final fue de metástasis coroideas por *oat-cell*.

Varón de 67 años de edad que consultó por presentar desde 10 días antes pérdida de visión de ojo izquierdo (OI), acompañado de molestia dolorosa local, sin antecedente traumático. En la anamnesis por aparatos refería alternancia del ritmo intestinal junto a pérdida de unos 15 Kg de peso en los últimos 6

meses, con astenia y anorexia. No refería hemoptisis, tos, ni expectoración y presentaba dolor en el costado derecho agravado con los movimientos respiratorios. Entre sus antecedentes personales destacaban: ex fumador desde 3 años de 20 paquetes/año, bebedor de 60 gr etanol/día, diabetes mellitus insulinizado por malos controles metabólicos e isquemia crónica de miembros inferiores. La exploración física demostró una TA 120/77, afebril. No había evidencia de adenopatías, la auscultación cardiaca resultó normal. La auscultación pulmonar mostró leve hipoventilación en base de tórax derecho. En el abdomen presentaba una hepatomegalia de 3 cm en LMCD y en las extremidades inferiores presentaba pulsos distales débiles. El examen oftalmológico mostró los siguientes hallazgos: agudeza visual OI 0,3 est 0,5, TIO 14, catarata, funduscopia del OD normal y en el OI se aprecia desprendimiento seroso que afecta a 1/2 inferior de mácula (Figura 1). Una ecografía ocular demostró la existencia de una masa expansiva en el ojo izquierdo compatible con metástasis coroidea (Figura

Correspondencia:

Silvino Rubio Barbón
Acacias, 30

Soto de Llanera
33423 Asturias

E-mail:
71616620@eresmas.net

2). En la radiografía de tórax se apreció un aumento de densidad en el lóbulo inferior derecho (Figura 3). Los análisis bioquímicos multiparamétricos con pruebas de función hepática, hemograma con velocidad de sedimentación, el sedimento de orina, las citologías de esputo y los cultivos de sangre y esputo fueron normales o negativos. La glucemia fue de 91 mg%. La TAC craneal y torácica demostró una lesión craneal parietooccipital izquierda sugestiva de metástasis y masa pulmonar para hilar derecha con adenopatías mediastínicas y perihiliares sugestiva de carcinoma de pulmón, por lo que se realizó una punción aspiración con aguja fina de la lesión pulmonar que demostró la existencia de un *oat-cell* (Figura 4).

Las metástasis coroideas son el tumor ocular maligno más frecuente. El tumor primario más frecuente en mujeres es el cáncer de mama, seguido por el de pulmón y en el varón el cáncer de pulmón es el más frecuente seguido por el del tubo digestivo. La mayoría de series sitúa el cáncer de mama en primer lugar (47%) seguido por el de pulmón (21%)³⁻⁵ tracto gastrointestinal (4%), riñón (2%), piel (2%) y próstata (2%). Casi todos los tumores en estado avanzado pueden producir las citadas lesiones⁶⁻¹¹. La diseminación se produce vía hematogena. La gran vascularización que presenta la coroides justifica la frecuencia de dicha afectación, afectando preferentemente al polo posterior, donde rápidamente producen manifestaciones clínicas que llevan a consultar con el oftalmólogo¹². Hasta en un 18% de los casos el tumor primario no puede localizarse y en un 25%-50% las metástasis son bilaterales¹³. La frecuencia de las metástasis coroideas varía según los autores desde el 4% al 37% dependiendo de las series que se analizan¹⁴⁻¹⁶.

Solo un 11% de los pacientes con una metástasis ocular están asintomáticos en el momento del diagnóstico, siendo las manifestaciones más habituales: disminución de agudeza visual, fotopsias, miodesopsias y dolor. A la exploración oftalmoscópica presentan un aspecto amarillo cremoso aunque las metástasis mayores pueden adoptar un color anaranjado, suelen ser aplanadas pero en algunos casos pueden ser sobreelevadas en forma de cúpula. La angiografía fluoresceínica es de poca utilidad diagnóstica. El estudio ecográfico suele 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 por oftalmoscopia. Su superficie es irregular, distinta de la morfología nodular o cupuliforme típica del melanoma de coroides. La atenuación de los ultrasonidos es moderada¹⁷. Su reflectividad suele ser media-alta y su estructura interna irregular por necrosis intratumoral. El pulso vascular es mínimo o ausente¹⁸⁻²¹.



Figura 1.
Desprendimiento seroso que afecta a 1/2 inferior de macula de ojo izquierdo

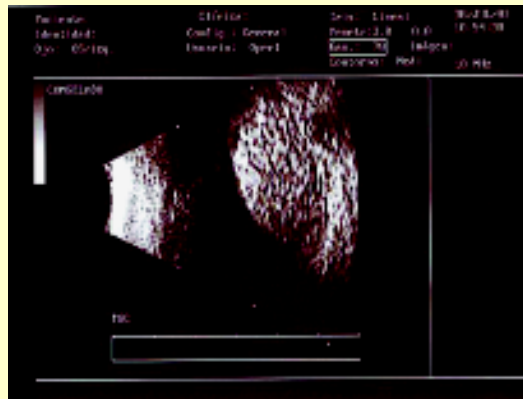


Figura 2.
Masa expansiva compatible con metástasis coroidea

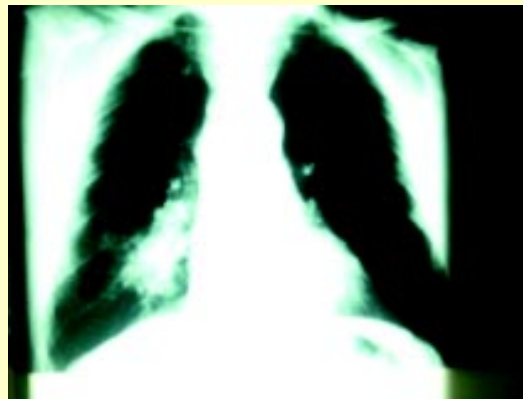
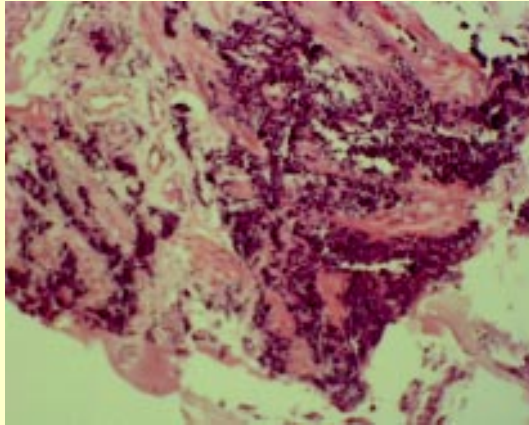


Figura 3.
Masa parahiliar derecha

El pronóstico en estos casos es malo pues la supervivencia en general es de sólo pocos meses y va ligado a la respuesta del tumor primario a la quimioterapia, si bien a nivel ocular también se ha utilizado radioterapia o braquiterapia de la lesión ocular, especialmente en los casos en que sigue experimentando crecimiento o se incrementa el desprendimiento de

Figura 4.
HXE Oat-cell



retina a pesar del tratamiento quimioterápico²²⁻²⁵. Es posible también utilizar el tratamiento láser en las metástasis pequeñas²⁶. Los tratamientos locales agresivos son desechados en general, dado el mal pronóstico que tienen estos pacientes.

Bibliografía

1. Dawodu O, Osahon A, Emifoniye E. Prevalence and causes of blindness in Otibbor Okhae Teaching Hospital, Irrua; Edo State, Bigeria. *Ophthalmic Epidemiol* 2003;10:323-30
2. MD Al-Bdour, M.I. Al-Till, I B Abu-Khader. Causes of blindness among adult Jordanians. A hospital-based study. *Eur J Ophthalmol* 2002;12:5-10.
3. Abundo RE, Orenic CJ, Anderson SF, Townsend JC. Choroidal metastases resulting from carcinoma of the lung. *J Am Optom Assoc* 1997;68:95-108.
4. Cutler C, Gragoudas ES. Choroidal metastases. Case 2: lung cancer. *J Clin Oncol* 1999;17:3358-9.
5. Leys A. Choroidal metastasis and retinal pigment epithelial tear in a patient with cell lung carcinoma. *Retina* 2000; 20:216-7.
6. Kreusel KM, Bechrakis N., Wiegel T, Emmerlich T, Foerster MH. Clinical characteristics of choroidal metastases. *Ophthalmologie* 2003;100:618-22.
7. Lee J, Lee S, Sohu J, Yoon YH. Clinical features of uveal metastases in Korean patients. *Retina* 2003;23:491-4.
8. Neitzke R, Spraul CW, Lang GE, Lang GK. Iris metastases in breast carcinoma. *Ophthalmologie* 2001; 98:1097-100.
9. Wiegel T., Kleinedeman M, Schilling A. Choroid metastases in a patient with adenocarcinoma of the cervix. A case report. *Strahlenther Onkol* 1995;17:539-42.
10. Illiamson KF, Barry DR, Sutton GA, Jones EL, Crews SJ. Male choriocarcinoma with choroidal metastases. *Br J Ophthalmol* 1994;78:155-6.
11. Nasser M, Haj M, Nassar F. Carcinoma of pancreas presenting as a decrease in visual acuity. *Hepatogastroenterology* 2002;49:558-60.
12. Shields CL, Shields JA, Gross en, Schwartz GP, Lally SE. Survey of 520 eyes with uveal metastases. *Ophthalmology* 1997;104:1265-76.
13. Rabano G, Saornil MA, Esteban R, Borau MJ, Sierra J. Metastasis corioidea como primera manifestacion de recidiva tumoral. *Arch Soc Esp oftalmol* 2000;75:125-8.
14. Vidal Candela MT, Javaloy Estañ J, Soler ferrandez FL, Rodriguez-Lescurre A, Carrato Mena A. Las metastasis corioideas en el cáncer de mama y pulmón prevalencia y características clinicas, estudio prospectivo. *Arch Soc Esp oftalmol* 2002;77:23-28.
15. De Frutos Arribas JF, del Rio Fernandez M., Alonso de la Fuente JL, Carretero Sastre JL, del Campo Matias F. Choroidal metastases as the form of presentation of 2 bronchiolo-alveolar carcinomas. *Rev Clin Esp* 1995; 195:853-5.
16. Ampil F., Capps H, Lawrence F. Bilateral uveal metastases from small-cell carcinoma of the lung. *South Med J* 1990;83:678-80.
17. Sobottka B, Kreissig I. Ultrasonography of metastases and melanomas of the choroid. *Curr Opin Ophthalmol.* 1999;10:164-7.
18. Byme SF, Green RL, *Ultrasound of the eye and orbit*. CV Mosby. San Luis 1992.
19. Perri P, Chiarelli M, Monari P, Ravalli L, Mazzen V. Choroidal metastases. Echographic experience from 42 patients. *Acta Ophthalmol suppl* 1992;204:96-8.
20. Verbeek Am, Thissen JM, Cuypers M HM, Brink H, Deutmann AF. Echographic classification of intraocular tumors. *Acta Ophthalmol* 1994;72:416-22.
21. Montesinos Ventura BM, Gil Hernandez M A. Metástasis corioidea secundaria a carcinoma vesical. *Archivos de la sociedad canaria de oftalmologia* 2000;11.
22. Bellman C, Fuss M, Holz FG, Debus J, Rohrschneider K, Volcker HE, Wannenmacher M. Stereotactic radiation therapy for malignant choroidal tumors preliminary short term results. *Ophthalmology* 2000;107:358-65.
23. Ardjomand N, Kucharczyk M, Langman G. Transpupillary thermotherapy for choroidal metastases. *Ophthalmologica* 2001;215:241-4.
24. D Abbadié I, Arriagada R, Spielman M, Le MG. Choroid metastases: clinical features and treatments in 121 patients. *Cancer* 2003;98:1232-8.
25. Lim JI, Petrovich Z. Radioactive plaque therapy for metastatic choroid carcinoma. *Ophthalmology* 2000; 107:1927-31.
26. Levinger S, Merin S, Seigel R, Peër J. Laser Therapy in the management of choroidal breast tumor metastases. *Ophthalmic Surg Lasers* 2001;32:294-9.