

Metástasis orbitaria por melanoma maligno cutáneo

S. Sanz¹

M.A. Arcediano¹

M. Carreras²

J. Prat¹

Servei d'Oftalmologia¹

i d'Anatomia
Patològica².

Ciutat Sanitària
i Universitària
de Bellvitge.

L'Hospitalet
de Llobregat

Resumen

Presentamos el caso de un paciente varón de 48 años de edad que presentaba edema palpebral y disminución de agudeza visual progresiva en el ojo izquierdo. En la anamnesis destacaba como antecedente un melanoma cutáneo maligno que había sido diagnosticado hacía 5 años. Bajo la sospecha de síndrome orbitario se solicitó un TC que mostró un engrosamiento del músculo recto interno izquierdo. El estudio anatomopatológico de la lesión confirmó la sospecha diagnóstica de melanoma maligno orbitario.

Resum

Presentem el cas d'un pacient mascle de 48 anys que presentava edema de parpella i disminució de l'agudeza visual progressiva de l'ull esquerre. A l'anamnesis destacava un melanoma cutani maligne que havia estat diagnosticat fa 5 anys. Davant la sospita d'una lesió orbitària es va realitzar un TC que va posar de manifest un engruiximent del múscul recte intern esquerre. L'estudi anàtomo-patològic va confirmar la sospita diagnòstica de melanoma maligne orbitari.

Summary

We report a case of a 48-year-old male patient with an eyelid edema and a progressive visual loss in his left eye. Previous history revealed a malignant skin melanoma diagnosed five years ago. The clinical findings were consistent with an orbital syndrome. CT scan showed a selective enlargement of the left medial rectus muscle. Histopathological analysis confirmed the diagnostic suspicion of an orbital metastasis caused by a malignant skin melanoma.

Introducción

Las metástasis orbitarias comprenden entre el 1,5-3% de toda la patología orbitaria. En la mayoría de los casos, la afectación orbitaria es un signo de extensión metastásica sistémica, especialmente en el melanoma cutáneo^{1,2}. Aún cuando, en el 70-80% de los casos el tumor primario ha sido diagnosticado previamente a las manifestaciones oculares, hasta en un 20-30% la afectación orbitaria puede presentarse como el primer signo clínico¹.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 48 años que acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital en agosto de 2001 presentando un edema palpebral superior izquierdo e hiperemia de la conjuntiva nasal de 3 semanas de evolución acompañado de disminución de la agudeza visual desde hacía 7 días. Como antecedentes patológicos destacaba de un melanoma cutáneo que había sido tratado mediante cirugía, quimioterapia y radioterapia hacía 5 años en otro centro.

Correspondencia:

Joan Prat Bartomeu
Apartat de correos 156
08760 Martorell

En la exploración oftalmológica, la agudeza visual era de 1 en OD y 0,8 décimas en OI; la función cromática y las respuestas pupilares fueron normales y no se observó defecto pupilar aferente en ningún ojo. La motilidad ocular extrínseca presentaba una limitación dolorosa a la abducción en ojo izquierdo, estando la convergencia conservada. La función de los V y VII pares craneales estaba dentro de la normalidad. La exoftalmometría era de 18 mm en OD y de 22 mm en OI y la retroimpulsión del globo ocular izquierdo fue moderadamente resistente. No se palparon masas en la órbita anterior ni tampoco adenopatías pre o retroauriculares. En la biomicroscopía se apreció una hiperemia conjuntival moderada a nivel de la inserción del músculo recto interno izquierdo. La PIO fue de 16 en OD y 17 en OI. En la mirada superior, la PIO fue de 19 en OD y de 30 en OI. El examen del fondo de ojo mostró ingurgitación y tortuosidad venosas en OI, sin signos de edema de papila. El patrón clínico infiltrativo consistente en el exoftalmos, la restricción de la motilidad ocular y la pérdida visual presentes en nuestro paciente constituyen una fuerte sospecha de metástasis orbitaria¹⁻⁵.

La tomografía computerizada orbitaria demostró un engrosamiento en el vientre muscular del recto interno con respeto del tendón. La tumoración aumenta el tamaño del músculo de forma irregular, tiene una moderada captación de contraste y no infiltra las estructuras adyacentes (Figura 1).

Histopatología

El estudio anatomopatológico mediante la tinción con hematoxilina-eosina mostraba células con grandes núcleos de contorno irregular y nucleolos prominentes; la cromatina situada en la periferia de la membrana nuclear tiñe característicamente "en grumos". El estudio inmunohistoquímico con el anticuerpo monoclonal HMB405, específico para melanoma, fue positivo (Figuras 2 a 4).

Discusión

Las neoplasias que con más frecuencia metastatizan en la órbita son las de mama y pulmón. Los melanomas representan el 5,3% de los casos^{1,3,4}. El hueso y la grasa orbitaria son los tejidos donde se localizan con mayor frecuencia las metástasis; la musculatura ocular extrínseca es la principal localización de las metástasis por melanoma^{2,3}. Cuando las metástasis

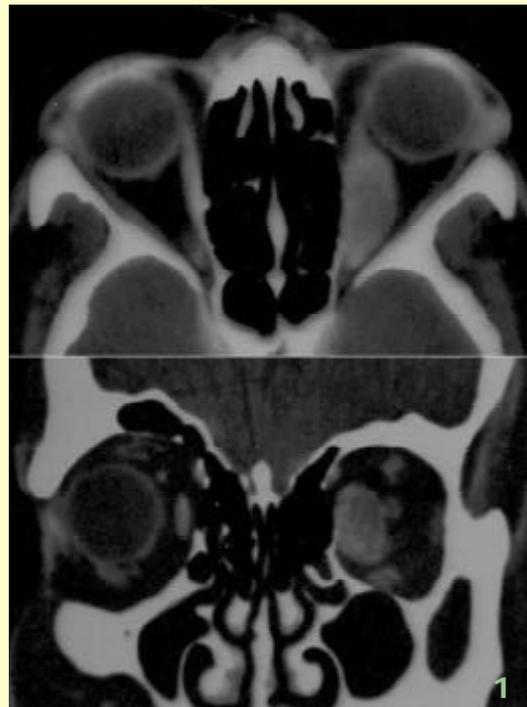


Figura 1.
TAC orbitario, cortes axial y coronal: tumor en el músculo recto interno izquierdo, con captación de contraste

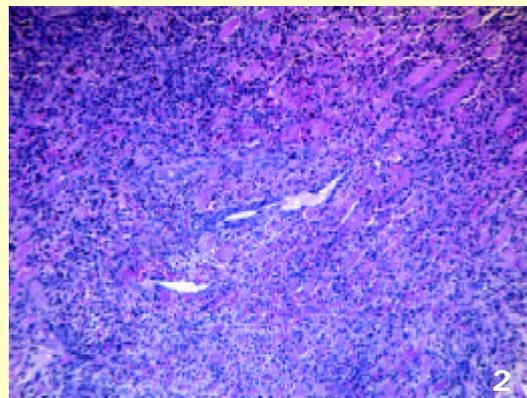


Figura 2.
Tinción hematoxilina-eosina: infiltración de tejido muscular orbitario, observándose marcado polimorfismo celular

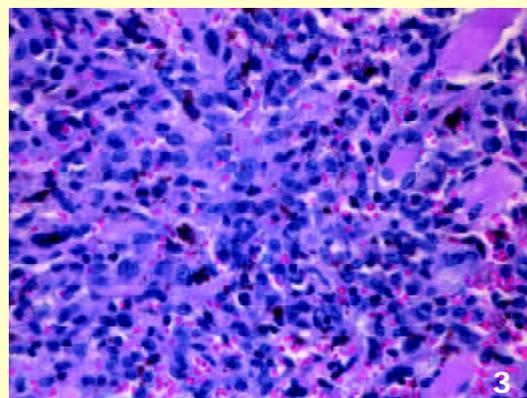
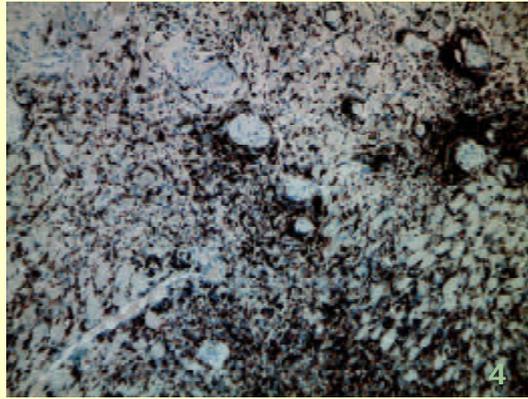


Figura 3.
Tinción hematoxilina-eosina (a mayor aumento): se observan células de estirpe melanocítica con núcleos de contorno irregular y nucleolos prominentes

Figura 4.
Inmunohistoquímica
con anticuerpo
monoclonal HMB405
(dirigido contra
los pre-melanosomas):
tinción positiva
para melanoma



orbitarias producen un engrosamiento muscular, como en nuestro caso, el diagnóstico diferencial abarca un amplio grupo de patologías, especialmente la oftalmopatía tiroidea, la miositis idiopática y la fístula carotidocavernosa⁹. Este patrón radiológico de engrosamiento muscular irregular presente en nuestro paciente es característico de la miopatía orbitaria metastásica al contrario que el engrosamiento fusiforme, más propio de una miopatía inflamatoria o vascular; aunque la afectación del tendón es un dato sugestivo de metástasis que en este paciente no se evidenció. Como características generales, las metástasis orbitarias suelen ser lesiones heterogéneas, de intensidad similar a los músculos y que captan contraste^{1,3}. Excepto en los casos en los que es evidente el origen de la lesión orbitaria el diagnóstico debe confirmarse mediante biopsia.

Las metástasis orbitarias por melanoma pueden aparecer tras un largo período de latencia, incluso de

años, desde el diagnóstico del tumor primario. La presencia de un tumor localizado en un músculo de la órbita asociado al antecedente de melanoma cutáneo es altamente sugestiva de metástasis orbitaria. El diagnóstico de metástasis por melanoma cutáneo maligno implica una extensión metastásica sistémica, por lo que el tratamiento tiene finalidad paliativa y el tiempo de supervivencia desde el inicio de los síntomas oftalmológicos es muy corto^{2,5}.

Cuando se diagnostican, las metástasis orbitarias no suelen ser tributarias de cirugía curativa. Las principales formas de tratamiento son la radioterapia y la quimioterapia. La cirugía paliativa está indicada para mejorar síntomas intolerables que no se han podido controlar con otras terapéuticas³.

Bibliografía

1. Goldberg RA, Rootman J. Clinical characteristics of metastatic orbital tumors. *Ophthalmology* 1990;97: 620-4.
2. Orcutt JC, Char DH. Melanoma metastatic to the orbit. *Ophthalmology* 1988;95:1033-7.
3. Goldberg RA, Rootman J, Cline RA. Tumors metastatic to the orbit: a changing picture. *Surv Ophthalmol* 1990; 35:1-24.
4. Shields JA, Shields CL, Shakin EP, Kobetz LE. Metastasis of choroidal melanoma to the contralateral choroid, orbit, and eyelid. *Br J Ophthalmol* 1988;72: 456-60.
5. Pedroli G, Hamedani M, Barraco P, Oubaaz A, Morax S. Métastases orbitaires de mélanome malin. À propos d'un cas. *J Fr Ophthalmol* 2001;24:286-90.