

METÁSTASIS COROIDEA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE RECAÍDA SISTÉMICA EN EL CÁNCER DE MAMA

RENATA SÁNCHEZ, LUIS BETANCOURT, ALEXIS SÁNCHEZ¹, EDWIN VELÁSQUEZ², DEMIÁN SPINETT², NELLY CARRERO²

SERVICIO DE CIRUGÍA III HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS, FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA, SERVICIO DE PATOLOGÍA MAMARIA. INSTITUTO ONCOLÓGICO "DR. LUIS RAZETTI"

RESUMEN

La metástasis coroidea es una entidad poco frecuente y está asociada usualmente a un mal pronóstico, siendo el cáncer de mama su principal causa. Se presenta el caso de un paciente femenino de 47 años de edad con antecedente de cáncer de mama estadio IIIA diagnosticado y tratado en 1998, permaneciendo libre de enfermedad locorregional y a distancia hasta julio de 2005 cuando presenta disminución de la agudeza visual basados en los test clínicos se le diagnosticó metástasis coroidea en ojo derecho. Inicia tratamiento local y sistémico con evolución satisfactoria y remisión completa de la lesión corroborada por estudios complementarios.

PALABRAS CLAVE: Metástasis, cáncer, mama, coroidea, quimioterapia.

SUMMARY

The choroid metastasis, are not frequent in intraocular malignant tumors, the breast cancer, is the primary tumor more frequently responsible for ocular metastases. These reports describe a feminine 47 years old diagnosed with infiltrating ductal carcinoma of her right breast classified how state IIIA treated in 1998, she was free of disease until July of 2005, she complained of diminished visual acuity of her right eye. Based on the clinical and test outcomes the following diagnosis was reached: Choroid metastasis in the right eye, from a known primary tumor. The patient started treatment local and systemically chemotherapy with excellent response.

KEY WORDS: Metastasis, breast, cancer, choroid, chemotherapy.

INTRODUCCIÓN

La metástasis coroidea es una entidad poco frecuente, siendo el cáncer de mama el sitio primario más común en originarla, seguido del cáncer de pulmón. En algunas ocasiones, puede ser la primera manifestación de una patología maligna o de recaída a distancia. La poca incidencia de esta patología nos motivó a

Recibido: 05/03/2009 Revisado: 15/05/2009

Aceptado para publicación: 03/10/2009

Correspondencia: Dra. Renata Sánchez Miralles, Av. principal Santa Sofía, Torre Alfa, Piso 9, Consultorio 9C. El Cafetal, Caracas, Miranda 1061. E-mail: rsm35@hotmail.com

presentar el siguiente caso clínico.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina de 47 años de edad con antecedentes de carcinoma ductal infiltrante de mama derecha T3N1M0 (Estadio IIIA), diagnosticado en enero de 1998 tratada con quimioterapia neoadyuvante (ciclofosfamida, adriamicina, 5-fluoracilo por 3 ciclos) con respuesta parcial, posteriormente sometida a mastectomía radical modificada tipo Madden y quimioterapia adyuvante (ciclofosfamida, adriamicina, 5-fluoracilo por 6 ciclos) más radioterapia adyuvante (5 000 cGy) y tamoxifeno por cinco años; quien permanece en control regular sin evidencia de enfermedad localregional ni a distancia hasta julio de 2005, cuando presenta disminución de la agudeza visual en ojo derecho motivo por el cual consulta.

La paciente niega otros antecedentes médicos o quirúrgicos de importancia. Al examen físico se evidenciaba como hallazgo positivo ausencia quirúrgica de mama derecha con cicatriz eutrófica bien consolidada, sin adenopatías a nivel axilar ni supraclavicular y el resto del examen físico sin alteraciones.

En vista de los síntomas de la paciente se refiere a evaluación por oftalmología y se solicitan los siguientes estudios de extensión que no evidenciaron ninguna alteración:

Laboratorio: incluida hematología completa y química sanguínea con pruebas de funcionalismo hepático.

Mamografía izquierda.

Radiografía de tórax.

Ecosonograma abdominal.

Gammagrama óseo.

La evaluación por oftalmología confirmó que existía compromiso del campo visual superior derecho y realiza como estudios

complementarios: fondo de ojo, angiografía con fluoresceína, tomografía de coherencia óptica, ecosonograma ocular y resonancia magnética nuclear de cráneo.

El fondo de ojo describe placas sub-retineales amarillentas en polo posterior alrededor del disco óptico inferior y en la fovea con un desprendimiento de retina exudativa (Figura 1).

La angiografía con fluoresceína reporta hipofluorescencia temprana e hiperfluorescencia tardía de las lesiones sub-retineales compatible con el diagnóstico de metástasis coroidea en ojo derecho (Figura 2).

La tomografía de coherencia óptica evidencia desprendimiento de retina, así como edema macular con separación de las capas retinianas con depósitos hiperreflectivos en el espesor de la misma (Figura 3).

El ecosonograma ocular reporta masa aplanada con hiperreflectividad media regular en el polo posterior de 3 mm de espesor en el ojo derecho.

La resonancia magnética nuclear evidencia alteración de intensidad de señal en el globo ocular derecho, con captación de contraste en las paredes. No hay alteración de los hemisferios cerebrales (Figura 4).

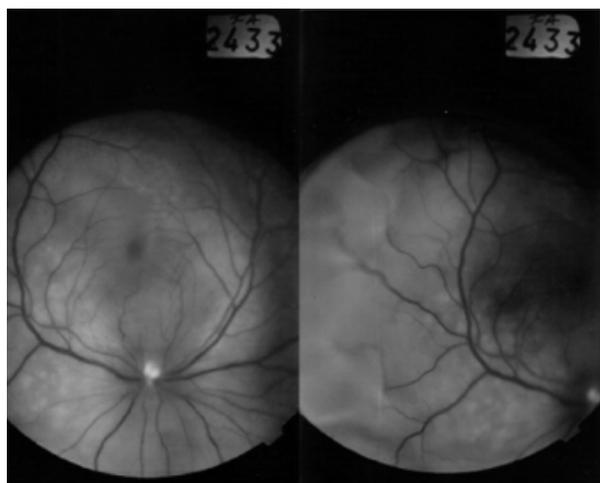


Figura 1. Oftalmoscopia.

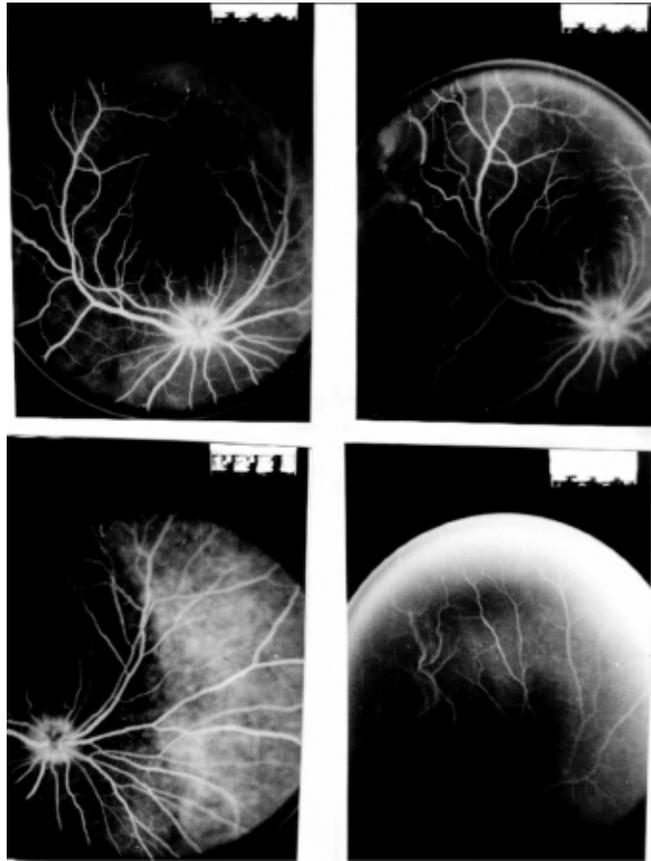


Figura 2. Angiografía con fluoresceína.

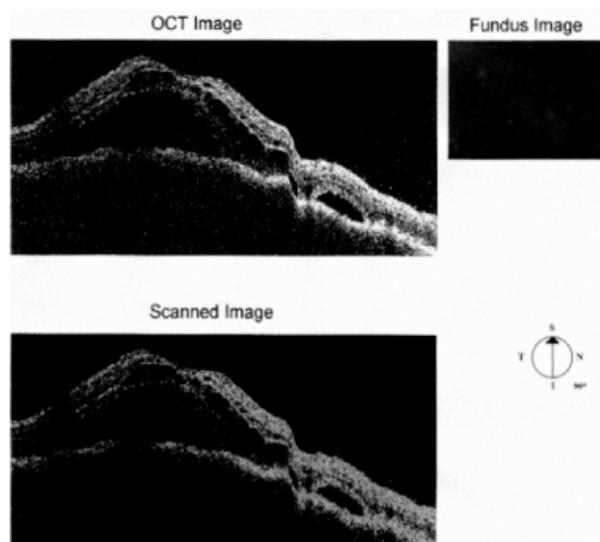


Figura 3. Tomografía de coherencia óptica.



Figura 4. Resonancia magnética nuclear.

Basado en los diferentes hallazgos de los estudios se concluyen los siguientes diagnósticos:

- Metástasis coroidea de ojo derecho de primario conocido.
- Cáncer de mama derecha estadio IIIA en recaída a distancia.

La paciente inicia tratamiento con terapia fotodinámica y quimioterapia adyuvante a base de docetaxel por 12 ciclos, con buena respuesta, actualmente sin evidencia de enfermedad.

DISCUSIÓN

La incidencia del cáncer de mama metastásico varía según las distintas series entre un 5 % y un 10 %, siendo los sitios más comúnmente afectados: hueso, pulmón, pleura, tejidos blandos, hígado, cerebro y otras localizaciones mucho menos frecuentes como el globo ocular⁽¹⁾.

La metástasis coroidea es el tumor intraocular maligno más frecuente, siendo el cáncer de mama la principal causa de metástasis oculares, seguido del cáncer de pulmón (Cuadro 1). En algunas ocasiones, hasta un 18 %, la metástasis coroidea puede ser la primera manifestación del tumor primario sin que este se haya diagnosticado⁽²⁾.

Cuadro 1. Porcentaje de metástasis oculares según la localización del tumor primario.

Tumor	%
Mama	47
Pulmón	21
Gastrointestinal	4
Riñón	2
Piel	2
Próstata	2

Perls y col.⁽³⁾, reportaron el primer caso de metástasis coroidea en 1871 y fueron Bloch y col. en 1971 quienes definieron a las metástasis coroideas como el tumor intraocular maligno más frecuente⁽⁴⁾. A partir de entonces, se han publicado distintas series como la de Nelson en 1983⁽⁵⁾, Jeddi y col. en 1994⁽⁶⁾ y Wiegel y col. en 1998⁽⁷⁾ que reportan entre un 4 % y un 11 % de incidencia de metástasis coroideas en los pacientes con cáncer en general.

En cuanto a la clínica de estos pacientes encontramos que la mayoría se presenta con disminución de la agudeza visual, tal y como ocurrió en este caso. Otras formas de presentación descritas son: diplopía, fotofobia, ptosis, blefaritis, dolor, exoftalmos, glaucoma secundario y desprendimiento de retina^(2,8,9).

El diagnóstico se basa inicialmente en los hallazgos clínicos complementado por los estudios de imágenes. Las metástasis coroideas usualmente se presentan como lesiones amarillentas - marrones en el fondo de ojo y por lo general forman una placa de aspecto sólido y plana que puede documentarse por un ecosonograma, hallazgos estos presentes en el caso descrito^(10,11). Se ha utilizado la angiografía con fluoresceína donde se describe fluorescencia temprana en la fase arteriolar o arteriovenosa que se hace progresiva y más intensa en la fase tardía, tal y como ocurrió en este caso⁽¹²⁾. La tomografía y la resonancia magnética tienen

un valor limitado, sin embargo, pueden ser útiles para descartar la presencia de metástasis concurrentes en el sistema nervioso central y modificar el campo de radioterapia ⁽¹³⁾. En este caso en la resonancia se evidenció una alteración de la intensidad de la señal en el globo ocular derecho sin alteración de los hemisferios cerebrales.

El manejo de estos pacientes depende de varios factores entre los que se citan: forma de presentación, condiciones del paciente y expectativa de vida; y según esto se selecciona la forma de tratamiento más adecuada que va desde simple observación hasta tratamientos a base de quimioterapia, fotocoagulación, criocirugía, radioterapia y en casos muy particulares resección quirúrgica ^(14,15). La forma de tratamiento más comúnmente aplicada es la radioterapia externa con campos laterales, con

resultados alentadores ^(16,17). En este caso la paciente fue tratada con terapia fotodinámica y quimioterapia adyuvante a base de docetaxel (12 ciclos) evolucionando satisfactoriamente, con remisión de la enfermedad corroborada por tomografía de coherencia óptica.

En cuanto al pronóstico, las metástasis coroideas se han asociado con mal pronóstico, con sobrevividas que varían entre los 7 y los 20 meses ^(9,18). En este caso la paciente permanece viva y libre de enfermedad.

Las metástasis coroideas son una entidad poco frecuente, sin embargo, si se realizase una adecuada exploración oftalmológica en los pacientes de alto riesgo, pudiera detectarse de forma precoz y permitiría la aplicación de tratamientos específicos que impedirían el desarrollo de secuelas a largo plazo.

REFERENCIAS

- Ribas-Mundó M. Complicaciones de la enfermedad mamaria metastásica. En: Fernández-Cid A, editor. Mastología. Barcelona, España: Masson; 2000.p.669-676.
- Shields CL, Shields JA, Gross NE, Schwartz JP, Lally SE. Survey of 520 eyes with uveal metastases. *Ophthalmology*. 1997;104:1265-1276.
- Small W. Management of ocular metastases. *Cancer Control*. 1998;5(4):326-332.
- Bloch RS, Gartner S. The incidence of ocular metastatic carcinoma. *Arch Ophthalmol*. 1971;85:673-675.
- Nelson CC, Hertzberg BS, Klintworth GK. A histopathological study of 716 unselected eyes in patients with cancer at the time of death. *Am J Ophthalmol*. 1983;95:788-793.
- Jeddi A, Bouguila H, Mezlini A, Daghfous F, Kaouèche M, Ben Ayed F, et al. Choroid Metastases. *J Fr Ophthalmol*. 1994;17:657-663.
- Wiegel T, Kreusel M, Bornfeld N, Bottke D, Stange M, Foerster MH, et al. Frequency of asymptomatic choroidal metastasis in patients with disseminated breast cancer: Results of a prospective screening programme. *Br J Ophthalmol*. 1998;82:1159-1161.
- Ferry AP, Font RL. Carcinoma metastatic to the eye and orbit: A clinic pathologic study of 227 cases. *Arch Ophthalmol*. 1974;92:276-286.
- Freedman MI, Folk JC. Metastatic tumors to the eye and orbit: Patient survival and clinical characteristics. *Arch Ophthalmol*. 1987;105:1215-1219.
- Merril CF, Kaufman DI, Dimitrov NV. Breast cancer metastatic to the eye is a common entity. *Cancer*. 1991;68:623-627.
- Coleman DJ, Abramson DH, Jack RL, Frazen LA. Ultrasonic diagnosis of tumors of the choroid. *Arch Ophthalmol*. 1974;91:344-354.
- David DL, Robertson DM. Fluorescein angiography of metastatic choroidal tumors. *Arch Ophthalmol*. 1973;89:97-99.
- Mewis L, Young SE. Breast carcinoma metastatic to the choroids: Analysis of 67 patients. *Ophthalmology*.

- 1982;89:147-151.
14. Dobrowsky W. Treatment of choroids metastases. *Br J Radiol.* 1988;61:140-142.
 15. Letson AD, Davidorf FH, Bruce RA Jr. Chemotherapy for treatment of choroidal metastases from breast carcinoma. *Am J Ophthalmol.* 1982;93:102-106.
 16. Wiegel T, Bornfeld N, Kreusel KM, Guttenberger R, Hinkelbein W. Radiotherapy for choroidal metastases: Interim analysis of a prospective study of the ARO (ARO 95-08). *Front Radiat Ther Oncol.* 1997;30:154-159.
 17. Rudoler SB, Shields CL, Corn BW, De Potter P, Hyslop T, Curran WJ Jr, et al. Functional vision is improved in the majority of patients treatment with external beam radiotherapy for choroids metastases: A multivariate analysis of 188 patients. *J Clin Oncol.* 1997;15:1244-1251.
 18. Brady LW, Shields JA, Augsburger JJ, Day JL. Malignan intraocular tumor. *Cancer.* 1982;49:578-585.