Oftalmoplejía completa izquierda aguda como manifestación inicial de un carcinoma de próstata metastásico: a propósito de un caso

Acute complete left-side ophthalmoplegia as an initial manifestation of metastatic prostate carcinoma: A case report

Sr. Editor:

La etiología de la oftalmoplejía completa (OC) de origen tumoral se divide, según su origen, en orbitarios primarios, por contigüidad o metastásicos[1–3]. La metástasis orbitaria (MO) es una localización infrecuente dentro de la diseminación del cáncer de próstata (CP)[4–6]. Es excepcional que esta sea la responsable de los síntomas que condicionan el diagnóstico inicial del CP. Presentamos el caso de un paciente con CP que comenzó con OC izquierda aguda. Paciente varón, en su séptima década de vida, fumador activo y con historia de tuberculosis pulmonar tratada en 2007. Ingresa por clínica de 48 h de diplopía, ptosis palpebral, proptosis y hipoestesia periorbitaria izquierdos, así como hiporrexia en los últimos 6 meses. La exploración neurológica evidencia parálisis de los pares craneales III, IV, rama oftálmica del V y VI. El tacto rectal objetiva próstata aumentada de diámetro y de consistencia pétrea. En los análisis de sangre se destaca velocidad de eritrosedimentación 67 mm, hemoglobina 9,2 g/dl, calcio 3,6 mg/dl, fosfatasa alcalina 336 U/l y antígeno prostático específico (PSA) de 8.439 μg/l. Se realiza resonancia magnética de órbita que muestra una masa en el vértice orbitario izquierdo (fig. 1). Así mismo, se realiza tomografía computarizada corporal que destaca próstata aumentada y heterogénea con invasión locorregional, así como metástasis óseas osteoblásticas (MOS) politópicas (confirmada por gammagrafía ósea). Se desestimó biopsia de la lesión orbitaria y prostática. No obstante, guiados por una minuciosa evaluación clínica, analítica y radiológica efectuamos un razonable diagnóstico diferencial pudiendo presumir que se trata de MO extraconal en el contexto de un CP metastásico. En el sexo masculino, el CP es la neoplasia urogenital más frecuente[7]. Hasta un 30% de los pacientes presentan en el momento del diagnóstico tumores localmente avanzados o metastáticos[7,8]. Si la sospecha de CP es alta, por PSA elevado y MOS en la gammagrafía ósea, la biopsia prostática para la confirmación histológica puede no realizarse[7,9]. Además, la presencia de un PSA > 100 ng/ml tiene un valor predictivo positivo para MOS de CP del 100%[7,9], como es el caso que presentamos. La metástasis intracraneal es infrecuente y generalmente es precedida del diagnóstico de CP avanzado[5–10]. Es bien conocido que las neoplasias que más frecuentemente producen MO en los adultos son los carcinomas[10]. Proceden del cáncer de mama (40%); pulmón (10%); próstata (8%) y melanoma (5%)[5]. Las MO del CP muestran cierta predilección por el hueso orbitario y suelen tener un crecimiento rápido con aparición de sintomatología ocular/neurológica precoz generalmente unilateral, por efecto compresivo[4,10]; que en nuestro caso ha sido el síntoma inicial. Desde que en 1903 Greenwood y Southard comunicaron un caso de CP con metástasis al coroides[10], pocos casos han sido descritos en la literatura. Ferry et al. en su serie de 227 pacientes con MO describieron 3 pacientes con su origen en la próstata (1,3%)[5]. Bonillo García et al. en una amplía búsqueda bibliográfica encontraron 18 casos documentados[5]. Respecto al tratamiento del caso que presentamos, se instauró hormonoterapia supresiva que es el de elección en el CP estadío IV, mejora la supervivencia y en ocasiones es capaz de erradicar la MO sin necesidad de radioterapia externa[9,10]. El pronóstico de los pacientes con MO es malo. En la revisión de Olivier et al. la supervivencia se estima en 16,3 meses sin encontrar diferencias estadísticamente significativas respecto a otras metástasis del CP[4].

Figura 1. RM órbita. Imagen axial en secuencia potenciada en T1. Ocupación de vértice orbitario, celdas etmoidales posteriores y agujero óptico izquierdos por lesión de partes blandas isointensa respecto a la musculatura extraocular (flechas).

Como conclusión: el clínico debería despistar posible MO ante un paciente oftalmopléjico con neoplasia conocida previamente o con datos clínico-analíticos sospechosos de neoformación tumoral *de novo* como son el tacto rectal anómalo y el PSA elevado en el caso del CP. La biopsia orbitaria está indicada si el diagnóstico es incierto.

Bibliografía

1. Shields JA, Shields CL, Scartozzi R. Survey of 1264 patients with orbital tumors and simulating lesions.The 2002 Montgomery Lecture, part 1. Ophthalmology. 2004;111:997–1008.
2. González F, López Couto C. Metástasis orbitarias. Serie de cuatro casos y revisión de la literatura. Arch Soc Esp Oftalmol. 2006;81:451–62.
3. Mora de Oñate J, Pascual Pérez Alfaro R, Izquierdo Vázquez C, González Ruiz M, Aguirrebeña Olmos A, Díez Villalba R. Oftalmoplejía dolorosa (pseudotumor y síndrome de Tolosa-Hunt). Arch Soc Esp Oftalmol. 2007;82:509–12.
4. Olivier C, Lao AH, Salas C, Carballido J. Metástasis de origen prostático en tejidos blandos periorbitarios. Actas Urol Esp. 1992;16:79–82.
5. Bonillo García MA, Queipo Zaragozá JA, Palmero Martí JA, Pacheco Bru JJ, Vera Sempere FJ, Jiménez Cruz JF. Metástasis retrorbitaria como manifestación inicial del cáncer de próstata. Actas Urol Esp. 2003;27:562–5.
6. Uluocak N, Parlaktas BS, Deniz FE, Erdemir F, Koseoglu RD, Gedar MO. Orbital metastasis of prostat cancer. Kaohsiung J Med Sci. 2007;23:199–202.
7. Prostate Cancer. NICE clinical guideline 58, 2008 [revista electrónica]. Disponible en: http://www.nice.org.uk/guidance/CG58/NICEGuidance [consultado 21 May 2010].
8. Chong VFH. The orbits in cancer imaging. Cancer Imaging. 2006;6: S27–31.
9. Chybowski FM, Keller JJL, Bergstralh EJ, Oesterling JE. Predicting radionuclide bone scan findings in patients with newly diagnosed, untreated prostate cancer: prostate antigen is superior to all other clinical parameters. J Urol. 1991;145:313–8.
10. Ferry AP, Font RL. Carcinoma metastatic to the eye and orbit. A clinicopathological study of 227 cases. Arch Ophthalmol. 1974;92:276–86.

Rami Qanneta [a,*], Alejandro Samitier Pastor [b] y Josep Segarra Tomas [c]

[a] *Servicio de Medicina Interna, Hospital Sociosanitari Francolí, Tarragona, España*
[b] *Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII, Tarragona, España*
[c] *Servicio de Urología, Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII, Tarragona, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: rqanneta.hj23.ics@gencat.cat (R. Qanneta).

http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2013.01.004