



► Caso clínico

Metástasis orbitaria como primer signo de enfermedad metastásica de origen prostático: caso clínico

Orbital metastases as first sign of metastatic spread in prostatic cancer: case report

Itziar Coloma-González,¹ Ariel Ceriotto,¹ Sonia Corredor-Casas,¹ Guillermo Salcedo-Casillas²

1 Hospital "Dr. Luis Sánchez Bulnes", Asociación para Evitar la Ceguera, IAP, México D.F., México

2 Jefatura del Servicio de Oculoplástica, Hospital "Dr. Luis Sánchez Bulnes", Asociación para Evitar la Ceguera IAP, México D.F., México

Palabras clave:

Metástasis orbitaria, tumor maligno orbital, proptosis, próstata, adenocarcinoma, México.

► Resumen

La órbita es una localización infrecuente en diseminación tumoral del cáncer metastásico de próstata, con una supervivencia muy pobre que oscila entre los siete a 10 meses. Por lo general, los signos orbitarios se presentan tras el diagnóstico del tumor primario, pero en aproximadamente el 20% de los casos, preceden al mismo. Presentamos el caso de un varón de 55 años de edad, con proptosis derecha por metástasis orbitaria, como primer signo de un adenocarcinoma metastásico de próstata.

► Abstract

Orbital metastasis are a rare manifestation of systemic prostatic malignancies. The prognosis is poor with a medium survival of 7-10 months. Generally, orbital signs occur after primary tumor diagnoses but, about 20% of cases, these are the presenting signs of malignancy.

We present the case of a 55 years male with right right proptosis due orbital metastases as presenting sign of metastatic prostate adenocarcinoma.

Keywords:

Orbital metastases, malign orbital tumor, proptosis, prostate, adenocarcinoma, Mexico.

Correspondencia: Dra. Itziar Coloma González. Hospital "Dr. Luis Sánchez Bulnes", Asociación para Evitar la Ceguera en México, IAP. Vicente García Torres N° 46, Colonia San Lucas, Delegación Coyoacán, C.P. 04030, México D.F., México. Teléfono: 1084 1400. Correo electrónico: icg_ct@yahoo.es

► Introducción

Las metástasis orbitarias son raras, constituyendo entre el 2% a 8% de todos los tumores orbitarios.¹ Se presentan tan sólo en el 2% a 3% de los pacientes con cáncer,² siendo el origen más frecuente la mama (48%), seguido de la próstata (12%), piel (12%) y pulmón (8%).³ Sin embargo, es de resaltar que en el 11% a 19% de los casos su origen es desconocido.⁴ El curso clínico de estos pacientes depende fundamentalmente de la naturaleza del tumor primario, sin embargo, el pronóstico es pobre para la mayoría de ellos, con una media de supervivencia en torno a los seis a nueve meses.⁵

Presentamos el caso de un varón de 55 años de edad, con carcinoma metastásico de próstata, cuyo signo de presentación fue proptosis y pérdida visual.

► Presentación del caso

Paciente masculino de 55 años de edad, que ingresó a nuestro Servicio por inflamación, fotofobia y pérdida de visión en ojo derecho (OD) desde hacía 20 días. No refiere ningún antecedente personal, ni familiar de interés.

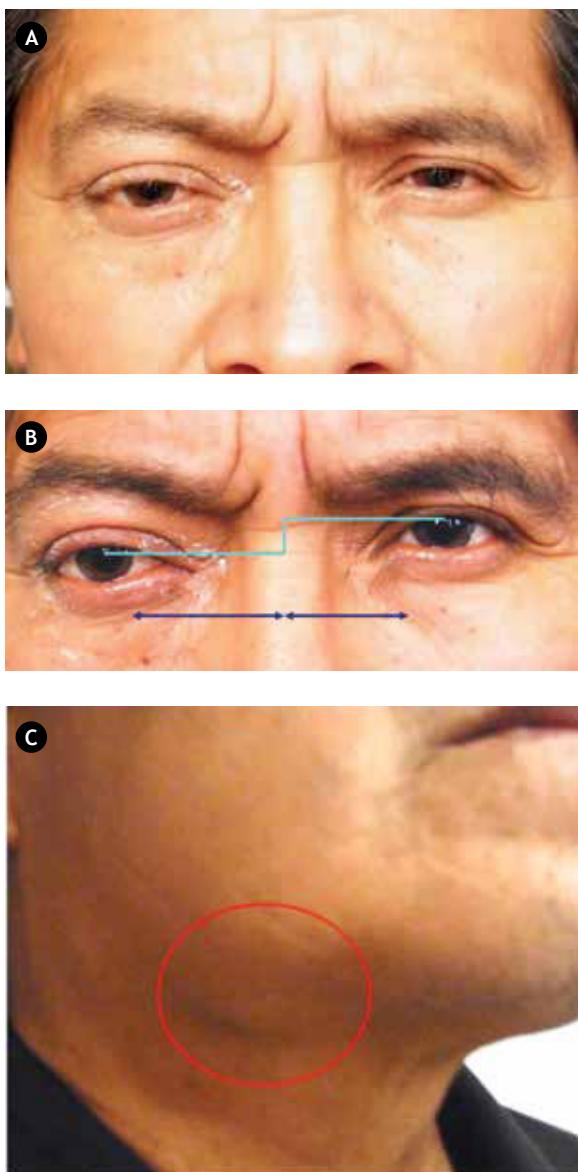
A la exploración ocular se constata una agudeza visual mejor corregida de 20/150 OD y 20/40 ojo izquierdo (OI), así como un leucoma corneal paracentral en el meridiano de las III en el OD, y una papila sobreelevada con bordes borradados en ese mismo ojo.

En la exploración de párpados y anexos, cabe destacar un aumento de la distancia ceja-pestañas del párpado derecho a expensas de una proptosis axial, con valores a la exoftalmometría de 26 mm OD y 16 mm OI. Asimismo, existía un hipoglobo derecho de 4 mm con desplazamiento lateral (**Figuras 1A y B**). A la palpación no se evidenció presencia de masa periorbitaria, pero sí adenopatía submandibular ipsilateral (**Figura 1C**).

La tomografía axial computarizada (TAC) de órbitas, mostraba lesión ocupativa de espacio en órbita derecha, extraconal y densidad similar a partes blandas. Dicha lesión se extendía por toda la pared lateral de la órbita alcanzando el techo, suelo y canal óptico de la misma, con afectación ósea asociada predominantemente de tipo osteoblastico (**Figura 2**).

Se realizó biopsia incisional diagnóstica ante los datos clínicos de malignidad y extensión

► **Figura 1.** Fotos clínicas del paciente al ingreso. **A)** Facial de frente. **B)** Proptosis, hipoglobo y desviación lateral del ojo izquierdo. **C)** Ganglio submandibular.



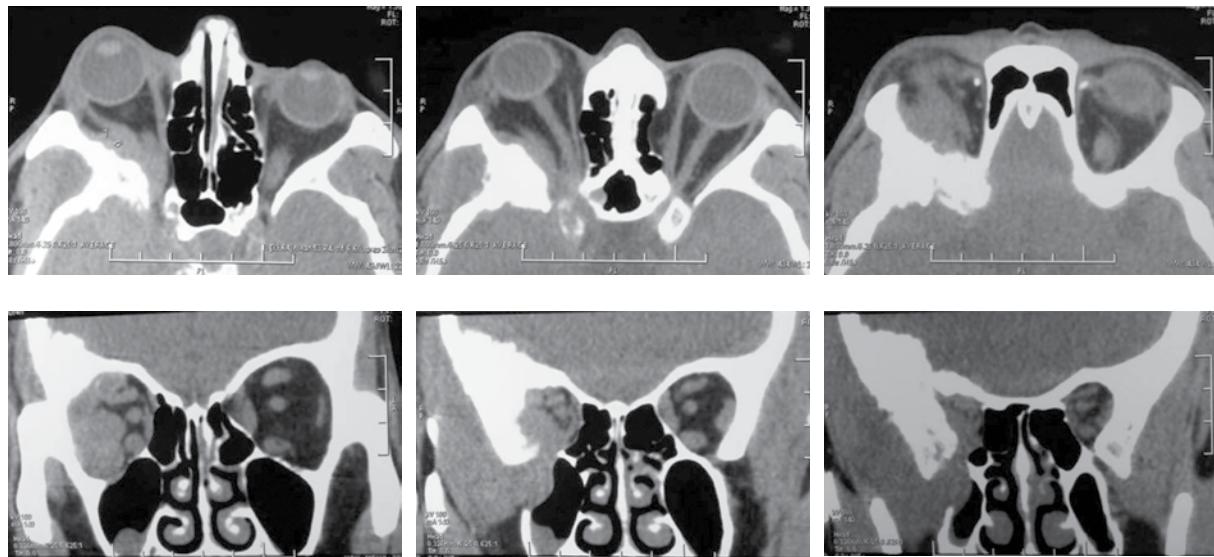
sistémica, integrándose el diagnóstico definitivo de adenocarcinoma metastásico de próstata (**Figura 3**).

► Discusión

Las metástasis orbitarias, por lo general, acontecen dentro de un cuadro establecido de enfermedad metastásica, sin embargo, puede ser el signo de



► **Figura 2.** Tomografía de órbitas, cortes axiales y coronales.



presentación hasta en el 25% de los casos,⁵ como sucedió en nuestro paciente. Éstas ocurren principalmente, vía hematógena a través de la arteria carótida y oftálmica. Aunque los tumores genitourinarios también pueden diseminarse a través de metástasis pulmonares pre-existentes o del plexo venoso de Batson.⁵ Además, las células cancerígenas de origen prostático suelen metastatizar a los huesos orbitarios como en nuestro caso, donde la anatomía patológica y la TAC demostraron infiltración del ala mayor del esfenoides, con extensión secundaria hacia la órbita.

El tratamiento inicial de estos pacientes debe ir dirigido al tumor primario, ya que tratar la metástasis orbitaria no conlleva la curación de la enfermedad. Los tratamientos invasivos sobre la metástasis orbitaria, tales como cirugía o radioterapia, se reservan para aquellos casos en los que exista dolor o pérdida visual.³ En nuestro caso, dados los datos clínicos de alerta (edad, sexo y adenopatías), tan sólo se realizó una biopsia incisional diagnóstica, después el paciente fue remitido a Oncología donde le propusieron prostatectomía y terapia hormonal coadyuvante.

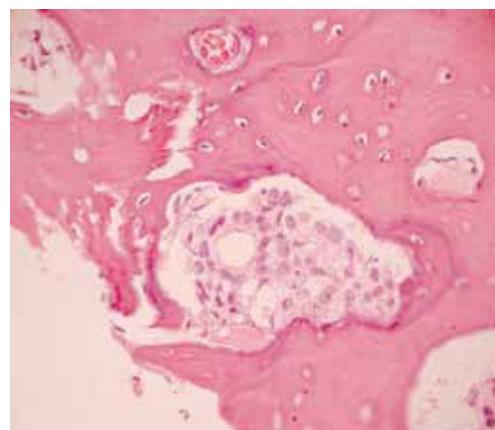
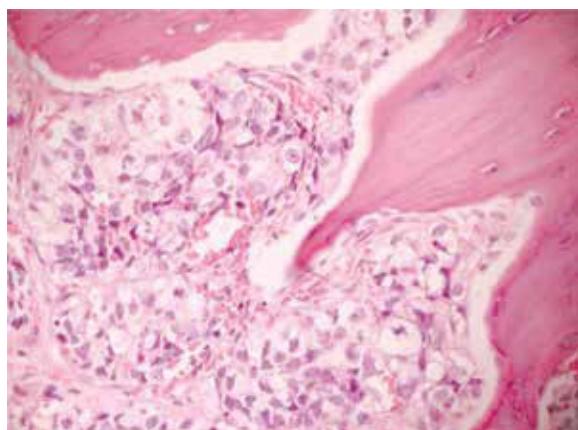
El pronóstico de los pacientes es malo en la mayoría de los casos, incluso si sospechamos que la órbita es el único sitio de afectación metastásica. La media de supervivencia para el cáncer metastásico de próstata es de entre siete y 30 meses,

dependiendo de la respuesta al tratamiento específico (hormonal).⁶

En resumen, a pesar de la rareza de este cuadro es importante tenerlo presente cuando nos enfrentamos a lesiones orbitarias, en pacientes de mediana edad con algún antecedente personal o dato clínico de riesgo. Más aún, si las pruebas de imagen muestran destrucción ósea, ya que este dato es característico de metástasis, a excepción de las de origen prostático que suelen ser lesiones osteoblásticas. Con un diagnóstico de sospecha certero evitaremos manejos agresivos, los cuales no suelen mejorar el pronóstico de vida y tan sólo conllevan un aumento de la morbilidad. Asimismo, permitirá orientar las pruebas diagnósticas del tumor primario en caso de ser desconocido y el manejo sistémico más apropiado. Esto último cobra especial relevancia en el caso de las metástasis de origen prostático, ya que en la misma biopsia se pueden realizar marcadores específicos para saber si es factible o no el tratamiento hormonal coadyuvante, dato que está en relación con el pronóstico vital del paciente.

En nuestro caso, solicitamos valores del antígeno prostático específico (APE) tras la biopsia orbitaria, con el fin de apoyar nuestro diagnóstico. Esta prueba podría haber sido realizada con anterioridad, ya que la metástasis de origen prostático es uno de nuestros principales diagnósticos

► **Figura 3.** Fotomicrografías del estudio histopatológico de biopsia incisional (Hematoxilina & eosina).



diferenciales, frente a un paciente masculino de mediana edad con adenopatías ipsilaterales y pruebas de imagen que ya nos están sugiriendo una lesión maligna. Sin embargo, un resultado positivo en la misma no hubiese aportado un diagnóstico tan firme como el que obtuvimos en el estudio histopatológico de la lesión, además de que éste, en el caso concreto de la próstata, nos permite realizar pruebas específicas dirigidas al tratamiento (receptores hormonales). Por ello, y porque en nuestro ámbito es más accesible y rápida la biopsia con estudio histopatológico, se optó por ésta última como método diagnóstico.

► Conclusiones

A pesar de la rareza del cuadro, debemos tener en cuenta la posibilidad de metástasis orbitarias cuando nos enfrentemos a pacientes con patología en esta área incluso sin antecedentes tumorales, ya que aunque típicamente suelen presentarse tras el diagnóstico del tumor primario, en el 20% de los casos lo preceden.

► Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

► Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

► Agradecimientos

Al Dr. Sánchez Fontán, Hospital “Dr. Luis Sánchez Bulnes”, Asociación para Evitar la Ceguera en México, IAP, gracias por las oportunidades que nos brinda cada día, sin importar nuestro origen ni condición.

Referencias

1. Eckardt AM, Rana M, Essig H, et al. Orbital metastases as first sign of metastatic spread in breast cancer: Case report and review of the literature. *Head & Neck Oncology* 2011;3:37.
2. González F, López-Couto C. Metástasis orbitarias. Serie de cuatro casos y revisión de la literatura. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2006;81:451-462.
3. Shields JA, Shields CL, Scartozzi R. Survey of 1264 patients with orbital tumors and simulating lesions. The Montgomery Lecture, Part I. *Ophthalmology* 2004;111:997-1008.
4. Ohtsuka K, Hashimoto M, Suzuki Y. A review of 244 orbital tumors in Japanese patients during a 21 years period: origins and locations. *Jpn J Ophthalmol* 2005;49:49-55.
5. Lefresne S, Fairchild A, Johnson R, et al. Genitourinary malignancy presenting as an ocular metastasis: A case report and review of the literature. *Can Urol Assoc J* 2012;6(2):E67-E71.
6. Pastor-Navarro H, Donate-Moreno MJ, Carrión-López P, et al. Metástasis retrorbitaria en el diagnóstico inicial del cáncer de próstata. *Arch Esp Urol* 2008;61:524-527.