

Metástasis Coroidea Bilateral como Presentación de un Adenocarcinoma Esofágico

RICARDO J. SMITH; CHRISTIAN A. RUARTES SUAREZ;
ANA L. GRAMAJO; CLAUDIO P. JUÁREZ; JOSÉ D. LUNA.

RESUMEN

PROPÓSITO: Reportar un caso de un paciente de 66 años de edad que se presentó con metástasis coroidea bilateral como manifestación inicial de un adenocarcinoma esofágico.

MÉTODOS: Reporte de un caso y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Paciente de 66 años de edad de sexo masculino fue referido en consulta por disminución progresiva de la agudeza visual de 3 meses de evolución en ojo izquierdo. El examen oftalmológico reveló 2 lesiones coroideas pequeñas en el ojo derecho y una lesión nodular amarillenta en el área macular de dicho ojo. Se sospechó metástasis coroidea bilateral y el examen clínico-oncológico reveló un adenocarcinoma del tercio distal del esófago.

CONCLUSIONES: Teniendo en cuenta el incremento en la incidencia de adenocarcinoma esofágico en la población occidental y ante la aparición de una metástasis coroidea sin foco primario diagnosticado debe incluirse a los mismos dentro de los diagnósticos diferenciales, particularmente en aquellos pacientes con una historia prolongada de reflujo gastroesofágico sintomático. *OFTALMOL CLIN EXP 2007;1: 32-34*

PALABRAS CLAVES: Metástasis coroidea, adenocarcinoma esofágico, esófago de Barrett, metástasis coroidea bilateral.

Bilateral choroidal metastasis from an unknown adenocarcinoma of the esophagus

ABSTRACT

PURPOSE: To describe a case of bilateral choroidal metastasis as a form of presentation of adenocarcinoma of the esophagus.

CASE REPORT: A 66-year-old man presented with loss of vision of his left eye of 3 months duration. Ophthalmologic examination revealed two small choroidal nodules in the right eye and a nodular yellowish mass in the left eye consistent with metastases. Oncologic evaluation disclosed an adenocarcinoma of the distal third of the esophagus. He underwent chemotherapy and died 4 months after initial consultation.

CONCLUSIONS: Choroidal metastases from adenocarcinoma of the esophagus are rare. In the 5 previously reported cases, choroidal metastases developed after the diagnosis of the primary tumor and were unilateral in all of them. Since the incidence of adenocarcinoma associated with Barret's esophagus is increasing, this primary tumor should be considered in patients at risk with no history of primary neoplasm. *OFTALMOL CLIN EXP 2007;1: 32-34*

KEY WORDS: choroidal metastasis, bilateral choroidal metastasis, adenocarcinoma, esophagus, Barret's esophagus.

Los tumores primarios más comunes que pueden dar metástasis al ojo son los carcinomas de mama, pulmón, próstata, y los tumores gastrointestinales, entre los cuales los más frecuentes son aquellos de estómago, colon y, excepcionalmente, esófago.¹

El cáncer de esófago es una condición extremadamente maligna pero relativamente poco común principalmente asociada al consumo de alcohol, tabaco y reflujo gástrico crónico.² Treinta años atrás, el 70% de todos los tumores esofágicos eran carcinomas de células epidermoides, que se originaban en el epitelio escamoso que delimita la luz del esófago y sólo el 30% eran adenocarcinomas. En las últimas décadas, la incidencia de adenocar-

cinoma esofágico se ha incrementado progresivamente en los EEUU y oeste de Europa.^{3,4} Casi todos los casos de adenocarcinoma de esófago se originan primariamente de un epitelio columnar displásico en el esófago distal, y el factor etiológico principal es la presencia de una hernia de hiato y la esofagitis por reflujo resultante que deriva en una lesión premaligna conocida como esófago de Barrett.

Los carcinomas de esófago se diseminan más frecuentemente por vía hemática a hígado, pulmón, glándulas adrenales y columna espinal.⁴ Las metástasis oculares secundarias a tumores esofágicos son extremadamente raras. Hasta la fecha, sólo se han publicado 5 casos de adenocarcinomas esofá-

Recibido 4/06/2007
Aceptado 21/06/2007
Departamento de
Oftalmología,
Fundación VER y
Centro de Ojos
Romagosa,
Córdoba, Argentina.
Correspondencia:
Dr. José D. Luna
Departamento de
Oftalmología,
Fundación VER,
Córdoba, Argentina.
funver@fibertel.com.ar

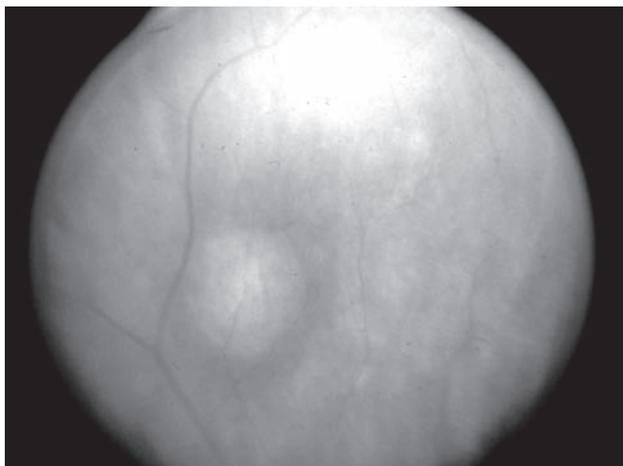


Figura 1. Nódulo coroideo amarillento circunscrito en el ojo derecho.

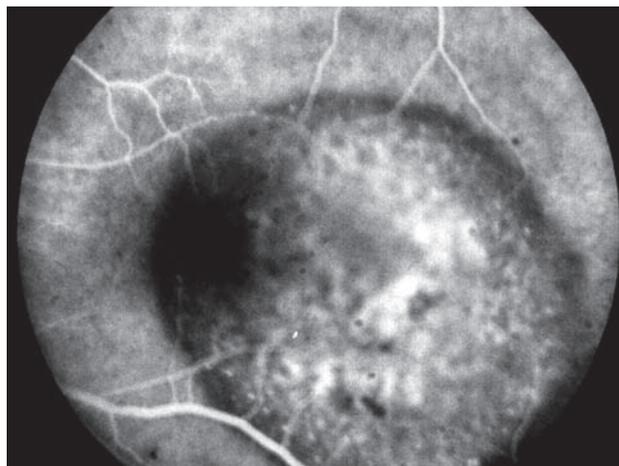


Figura 2. Angiografía fluoresceínica del ojo izquierdo que revela una lesión con hiperfluorescencia moteada tardía en la localización del tumor coroideo.

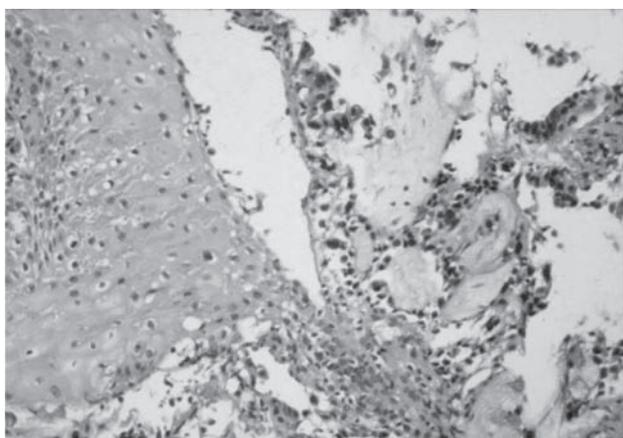


Figura 3. Biopsia que destaca la transición de un epitelio escamoso esofágico sin atipia (izquierda) a estructuras neoglandulares irregulares cubiertas por células epiteliales columnares atípicas con mucinas en su interior (HE, x125).

gicos que hayan metastatizado al globo ocular.⁴⁻⁶ Es nuestro propósito describir el caso de un paciente de 66 años de edad con historia de reflujo gástrico crónico que desarrolló una disminución progresiva en la agudeza visual de su ojo izquierdo como síntoma inicial de una metástasis coroidea bilateral a partir de un adenocarcinoma de esófago.

Reporte del Caso

Un paciente de sexo masculino de 66 años de edad se presentó en consulta con historia de disminución progresiva en la agudeza visual de su ojo izquierdo de 3 meses de evolución. El paciente refirió una pérdida de peso considerable en los últimos meses. En su anamnesis destacaba la presencia de reflujo gastroesofágico, hipertensión, consumo moderado (social) de alcohol y consumo de un paquete de cigarrillos por día.

La agudeza visual del paciente con corrección era de 20/25 en ojo derecho (OD), y 20/80 en ojo izquierdo (OI). La

biomicroscopía con lámpara de hendidura demostró corneas clara, cámaras anteriores libres y cataratas nucleares leves en ambos ojos. La pupila derecha era reactiva y la pupila izquierda presentaba un defecto pupilar aferente grado 2. La presión intraocular fue de 17 mmHg en OD y 16 mmHg en OS. El test de Amsler reveló una marcada distorsión central en OI. La oftalmoscopia indirecta reveló dos lesiones coroideas nodulares, amarillentas, moteadas, sobreelevadas en OD; una localizada al final de la arcada vascular temporal-superior y la otra, nasal al disco óptico. Una masa coroidea de cuatro discos de diámetro se evidenció en el área macular del OI. La ultrasonografía en modo B confirmó la presencia de las lesiones coroideas elevadas en ambos ojos (Fig.1). La angiografía fluoresceínica reveló una hipofluorescencia temprana con una hiperfluorescencia moteada tardía en la localización de las masas coroideas en ambos ojos (Fig. 2).

Se sospechó metástasis coroidea bilateral a partir de un tumor primario de origen desconocido y el paciente fue referido a un servicio de oncología para una evaluación de tipo y localización del tumor primario.

El examen físico excepto por una pérdida de peso de 10 Kg en los últimos meses no revelaba alteraciones. Se solicitó radiografía de tórax, glucemia, test de función hepática, evaluación de lípidos séricos, eritrosedimentación, análisis de orina, búsqueda de sangre oculta en heces y antígeno carcinoembrionario. Sólo se halló anemia ferropénica. Un tránsito esofágico anteroposterior con bario demostró un cambio abrupto en el calibre del esófago con una constricción anular, irregular a nivel de la unión gastroesofágica. Se indicó endoscopia gastroesofágica, la cual mostró una masa ulcerada y elevada de forma irregular en el tercio distal del esófago. En el mismo acto se llevó a cabo una biopsia que reveló un adenocarcinoma del tercio distal del esófago (Fig. 3). Una tomografía (axial) computada con contraste de tórax y de abdomen superior demostró metástasis a nivel de

columna cervical (C6 y C7), y un engrosamiento de la pared del esófago distal. La resonancia magnética de cerebro fue normal sin evidencia de metástasis.

El diagnóstico fue el de metástasis coroidea bilateral secundaria a un adenocarcinoma esofágico diseminado y el paciente fue tratado con etopósido, leucovorina, 5-fluorouracilo e hidrocortisona. Cuatro meses después, el paciente falleció por complicaciones de su enfermedad.

Discusión

Los cánceres gastrointestinales representan cerca del 15 por ciento de todos los cánceres del adulto, y notablemente, sólo rara vez dan metástasis oculares (menos del 5%).

Las metástasis al tracto uveal son la forma más frecuente de neoplasia intraocular en adultos, y casi todos los tumores primarios son carcinomas.² Los tumores primarios más comunes que metastatizan al globo ocular son los carcinomas de mama, pulmón, próstata, riñón, y el melanoma cutáneo. Los pacientes con metástasis coroideas pueden presentarse con síntomas varios dependiendo de la localización intraocular del tumor. El síntoma más común es una disminución en la agudeza visual como sucedió en este caso en el OI del paciente descrito en este reporte. Pero estos síntomas, como también las metástasis oculares, usualmente ocurren una vez que el diagnóstico del tumor ya ha sido establecido. Sin embargo, inclusive en el 34% de los pacientes, la metástasis uveal es la primera manifestación de una enfermedad maligna.⁸ En nuestro paciente, la disminución en la agudeza visual fue el síntoma inicial que lo llevó a buscar ayuda profesional. Típicamente, la lesión ocular se evidencia como un engrosamiento plano no-pigmentado de la coroides posterior. La superficie del tumor puede aparecer moteada, de bordes usualmente mal definidos, y frecuentemente existe un desprendimiento seroso asociado. El comienzo relativamente súbito de la lesión, su rápido incremento de tamaño, y la presencia de otros focos uni o bilaterales facilitan la diferenciación clínica de un carcinoma metastásico de un melanoma maligno. Desafortunadamente, la metástasis uveal frecuentemente implica una diseminación sistémica más extensa de la enfermedad primaria que una lesión aislada, por lo cual el pronóstico de vida en pacientes con metástasis uveal es generalmente poco favorable, como lo fue en este caso.

En 1992, Parik y colaboradores describieron por primera vez un caso de un hombre de 35 años que desarrolló una metástasis coroidea en OI nueve meses después del diagnóstico histológico de adenocarcinoma esofágico.⁵ Desde entonces sólo 4 nuevos casos fueron reportados.⁶⁻⁸ En todas las instancias las metástasis fueron unilaterales y se desarrollaron varios meses después del diagnóstico definitivo de adenocarcinoma de esófago. En nuestro conocimiento, este es el primer reporte de un paciente que desarrolló metástasis coroidea bilateral

como signo de presentación de un adenocarcinoma esofágico. También, es importante enfatizar que, inclusive cuando el examen sistémico luego de la consulta reveló metástasis en médula ósea, la diseminación coroidea del tumor fue la manifestación inicial del cáncer subyacente en nuestro paciente. Desafortunadamente, el implante uveal secundario casi siempre ocurre en un estadio avanzado de la enfermedad primaria, por lo que la supervivencia a largo plazo en pacientes con metástasis coroidea es pobre.

Al evaluar la terapéutica a emplear, debe tenerse en cuenta el estado general del paciente y el estadio de la enfermedad, como también el tratamiento de la enfermedad primaria por un lado y las características oftalmológicas en el ojo involucrado por el otro. Existen cuatro opciones de tratamiento para la mayoría de las formas de metástasis coroideas desde el punto de vista oftalmológico: observación, radioterapia, quimioterapia y enucleación.⁹ Cuando una lesión metastásica es asintomática, se espera que la quimioterapia aplicada para el tratamiento de la enfermedad primaria tenga efectos positivos en los tumores uveales, como también en las metástasis a otras localizaciones. El tratamiento local de una lesión sintomática se realiza generalmente con radioterapia. La enucleación sólo es necesaria cuando el paciente con un tumor secundario coroideo presenta dolor refractario a tratamientos convencionales del mismo..

El incremento en la incidencia de adenocarcinomas de esófago en la población occidental, puede llevar a los médicos a considerar a los mismos dentro del diagnóstico diferencial de un paciente que se presenta con pérdida visual y presencia de metástasis coroideas, particularmente en aquellos con una historia prolongada de reflujo gastroesofágico sintomático

Bibliografía

1. Stephens RF and Shields JA. Diagnosis and management of cancer metastatic to the uvea: a study of 70 cases. *Ophthalmology* 1979;86:1336-49.
2. Robert y Mayer. Harrison: Cancer Aparato Digestivo. Ed. Mc Graw Hill International. 14ª Edición. Cap. 93. Pag. 648-59.
3. Yang PC, Davis S. Incidence of cancer of the esophagus in the United States by histologic type. *Cancer* 1988;61:612-7.
4. Powell J, McConkey CC. The rising trend in esophageal adenocarcinoma and gastric cardia. *Eur J Cancer Prev* 1992;1:265-9.
5. Parikh HK, Deshpande RK, Swaroop DV, Desai PB. Choroidal metastasis from primary adenocarcinoma of the esophagus-a case report. *Indian J Cancer* 1992;29:210-4.
6. Buskens CJ, Tan HS, Hulscher JB, de Smet MD, van Lanschot JJ. Adenocarcinoma of the esophagus with choroidal metastasis. *Disease Esophagus* 2001;14:70-2.
7. Knezevic J, Radovanovic A, Simic A et al. Isolated choroidal metastasis from primary adenocarcinoma of the distal esophagus: a case report. *Disease Esophagus* 2003;16:41-3.
8. Samuel J, Flood TP, Agbemadzo B, Renta V, et al. Choroidal metastasis from adenocarcinoma of the esophagus. *Retina* 2003;23:872-4.
9. Shields CL, Shields JA, Gross NE et al. Survey of 520 eyes with uveal metastases. *Ophthalmology* 1997;104:1265-76.