



CASO CLÍNICO

Metástasis a coroides como primera manifestación de un carcinoma renal: caso clínico



Diana Sthepanie Parra-Rodríguez*, Jiny Tatiana Camas-Benítez y Ariel Prado-Serrano

Servicio de Oftalmología, Hospital General de México, México D.F., México

Recibido el 16 de octubre de 2014; aceptado el 15 de mayo de 2015

Disponible en Internet el 29 de julio de 2015

PALABRAS CLAVE

Metástasis coroideas;
Carcinoma de células
renales;
Tumoración
intraocular maligna;
Metástasis cutáneas;
Ecografía ocular;
Hospital general

KEYWORDS

Choroidal metastases;
Renal cell carcinoma;
Intraocular
malignancy;

Resumen

Propósito: Informar el diagnóstico de metástasis coroideas como una manifestación primaria en un caso de un carcinoma renal oculto.

Métodos: El caso fue el de un varón de 52 años cuya única manifestación era disminución de la agudeza visual del ojo derecho de 2 meses de evolución. Durante el examen de fondo de ojo, se observaron múltiples lesiones coroideas sobreelevadas, ecuatoriales y desprendimiento de retina seroso. En un examen físico sistémico, se encontraron nódulos en región malar, cara anterior de tórax y en la piel del cráneo. En la ecografía ocular A/B, una masa coroidea engrosada de contorno irregular, estructura interna regular con reflectividad interna moderada, con un extenso desprendimiento de retina exudativo en el polo posterior, indicando metástasis coroideas.

Resultados: La biopsia diagnóstica de los nódulos del tórax anterior, confirmó el diagnóstico de metástasis de un carcinoma renal oculto primario.

Conclusión: La ecografía ocular A/B demostró ser una herramienta muy útil en el diagnóstico de metástasis coroideas como una manifestación primaria en un caso de un carcinoma renal oculto.

© 2015 Publicado por Masson Doyma México S.A. en nombre de Sociedad Mexicana de Oftalmología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Choroidal metastases as a primary manifestation of renal carcinoma: case report

Abstract

Purpose: This study is to report the diagnosis of choroid metastases as a primary manifestation in a case of a hidden renal carcinoma.

* Autora para correspondencia: Hospital General de México, Dr. Balmis N.º 148. Col. Doctores; Del. Cuauhtémoc. C.P 06726, Teléfono: +52 5548051968.

Correo electrónico: stephanieparra@hotmail.com (D.S. Parra-Rodríguez).

Cutaneous metastases;
Ocular ultrasound;
General hospital

Methods: This was a case of a 52 year old male whose only main visual concern was two month diminished visual function of the right eye. During ocular fundus examination, multiple equatorial elevated choroid lesions and serous retinal detachment were observed. On a systemic physical examination, anterior thoracic, skinhead and malar nodes were found. With A/B can ocular ultrasound examination, a thickened choroid mass with irregular bumpy contour, regular internal structure with moderate internal reflectivity with an extensive exudative retinal detachment was observed at the posterior pole suggesting choroid metastases.

Results: Diagnostic biopsy of skin thoracic nodes confirmed the diagnosis of metastases from a primary hidden renal carcinoma.

Conclusions: Ocular A/B ultrasound demonstrated to be a very useful tool in the diagnosis of choroid metastases as a primary manifestation in a case of a hidden renal carcinoma.

© 2015 Published by Masson Doyma México S.A. on behalf of Sociedad Mexicana de Oftalmología. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En la población adulta, el carcinoma de células renales (CCR) representa aproximadamente el 2-3% de los cánceres en todo el mundo y su máxima incidencia se da en los países occidentales¹.

De acuerdo a la clasificación de Heidelberg, hay 4 tipos principales de CCR: el de células claras, cáncer papilar, cáncer cromóforo y la recolección de carcinoma de conducto². El CCR de células claras constituye el subtipo histológico más frecuente dentro de las variantes celulares del carcinoma renal³. Este tipo de tumor metastatiza más frecuentemente a pulmón, hígado, hueso y tejido subcutáneo⁴. Aunque actualmente está demostrado que las metástasis son el tumor intraocular e intraorbitario maligno más frecuente en el adulto, las metástasis oculares provenientes de un carcinoma renal son extremadamente raras. En el conjunto de las metástasis oculares la más frecuente es la de coroides (con un 80% de todas las metástasis oculares) y se estima que un 9% de todas las metástasis del organismo tiene a la coroides como primera localización⁵. El mecanismo patogénico implicado es la diseminación hematológica de los microembolos tumorales, a través de la arteria carótida interna a la arteria oftálmica y hasta las arterias ciliares, lo que puede explicar la frecuencia de metástasis coroides⁶. Cuando la metástasis coroidea se encuentra como primera manifestación de la enfermedad (lo cual sucede en el 10-30% de los casos), un 15% será de origen desconocido, un 47% procederá de la mama, un 25% del pulmón y el porcentaje sobrante del resto de los sitios⁵.

Las lesiones metastásicas se producen en la fase final de la enfermedad, cuando la supervivencia media no supera los 6 meses, y aproximadamente un tercio de estos pacientes no tienen diagnóstico de un carcinoma primario al momento de la exploración de la afección ocular; el sitio primario no se descubre en el 50% de los pacientes a pesar de una completa anamnesis⁴⁻⁶. En un estudio realizado por Stephens y Shields⁷, las lesiones oculares precedieron a la detección del tumor primario en 22 de los 70 casos estudiados, lo que representa un 31% de los casos. Las metástasis

oculares pueden producirse a cualquier edad pero son más frecuentes en pacientes entre los 40 a 70 años; los signos y síntomas de presentación son variables dependiendo el tamaño y localización del tumor, siendo la disminución de la agudeza visual el más reportado. Son multifocales (32%) y asociadas a desprendimientos de retina (73%). La lesión es típicamente una placa en forma de cúpula amarilla, de diámetro y espesor variable, ocasionalmente con espículas de pigmento en su superficie. El diagnóstico diferencial de metástasis coroides incluye melanoma maligno amelanótico, nevo amelanótico, hemangioma coroideo y osteoma coroideo⁴⁻⁷.

Reportes recientes han revelado que la detección incidental de CCR se ha incrementado, en parte por el uso de técnicas de imagen, como la ecografía, la tomografía computarizada y la resonancia magnética; dichos datos son consistentes con los reportes epidemiológicos de EE. UU. y otros países que indican que el cáncer de células renales va en aumento⁸.

Reporte de un caso

Paciente masculino de 52 años de edad que acudió al servicio de Oftalmología del Hospital General de México por disminución progresiva de la agudeza visual en el ojo derecho (OD) de 2 meses de evolución sin otra sintomatología ocular; además refirió pérdida ponderal de 20 kg en 3 meses. Como antecedente personal patológico refirió nefropatía de causa desconocida, por alteración en pruebas de funcionamiento renal. A la exploración física sistémica se observó tumoración sobre elevada hiperqueratósica y vascularizada en cuero cabelludo, una masa pigmentada hiperqueratósica sobre malar derecho y múltiples nodulaciones hiperémicas en cara anterior de tórax (fig. 1).

A la exploración oftalmológica la agudeza visual del ojo derecho fue 20/200 sin corrección visual, y de 20/80 que mejoraba a 20/40 con estenopeico el ojo izquierdo. Presión intraocular de 12 mmHg en OD y 14 mmHg en OI, movimientos oculares normales en ambos ojos. Biomicroscopia del segmento anterior de ambos ojos sin alteración. Mediante

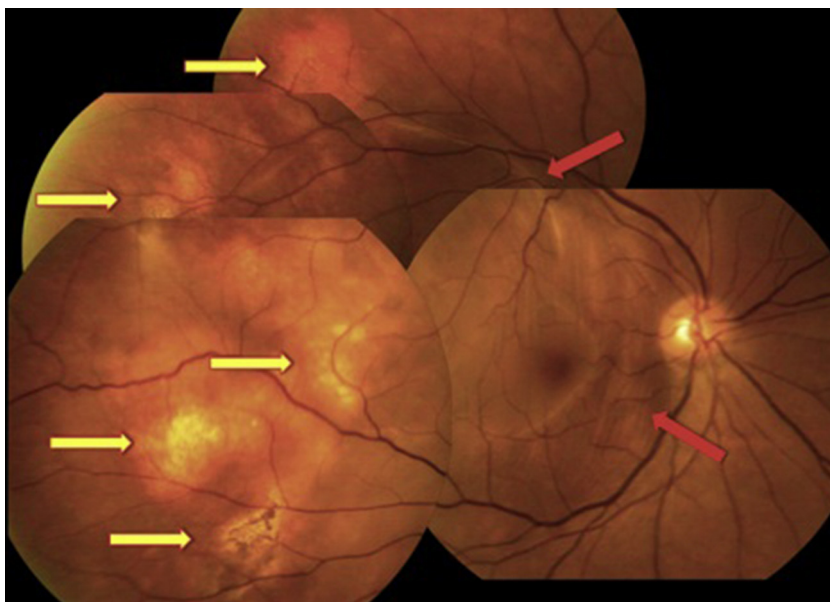


Figura 1 Aspecto del fondo de OD, con presencia de múltiples lesiones amarillentas, sobreelevadas, en región ecuatorial, que exudan líquido subretiniano generando un desprendimiento de retina seroso.

biomicroscopia de fondo de OD se observó papila circular con emergencia central de vasos y excavación fisiológica, masas sobreelevadas, multifocales, hipopigmentadas en el ecuador con aspecto exudativo subretiniano generando pliegues maculares y desprendimiento de retina seroso, con pérdida del brillo foveolar (fig. 2); el fondo de ojo izquierdo fue normal.

Se le practicó ecografía estandarizada en modos A y B en ojo derecho que evidenció una masa localizada en coroides, sobreelevada, de contorno irregular, de reflectividad interna moderada, con engrosamiento localizado en coroides, de patrón vascular bien delimitado, bilobulado, subretiniano, con un extenso desprendimiento de retina exudativo en el

polo posterior sugiriendo metástasis coroides (fig. 3). Los estudios de laboratorio mostraron alteración en las pruebas de funcionamiento hepático, así como en las de funcionamiento renal, además de anemia, encontrándose el resto de los parámetros analíticos dentro del rango de la normalidad.

Se planificó realizar fluorangiografía retiniana la cual se contraindicó por la alteración de las pruebas de función renal.

Ante la sospecha diagnóstica de tumor metastásico se interconsultó al servicio de Dermatooncología quienes realizaron biopsia de las lesiones de tórax, describiendo datos histopatológicos compatibles con adenocarcinoma de células claras (fig. 4); conjuntamente el servicio de Oncología

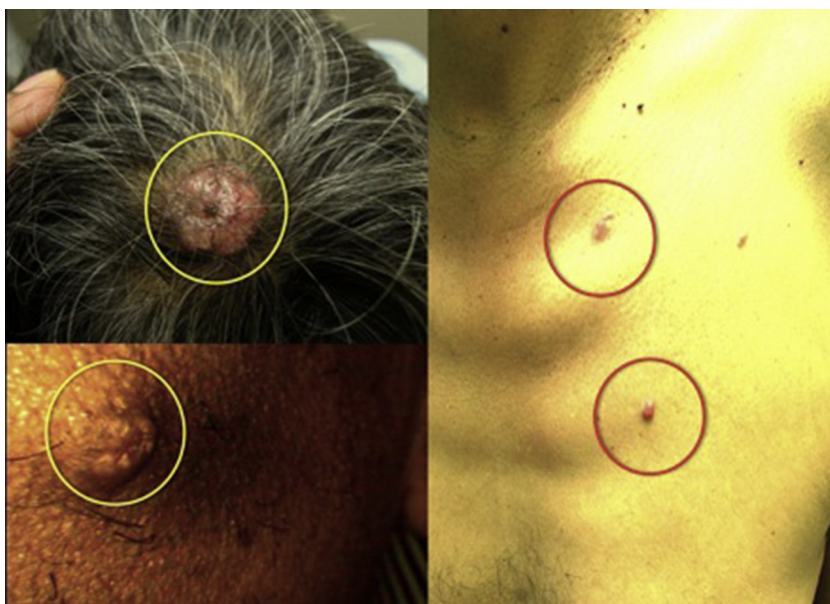


Figura 2 Lesiones nodulares, elevadas, hiperémicas, vascularizadas, en región malar derecha, cuero cabelludo y tórax anterior.

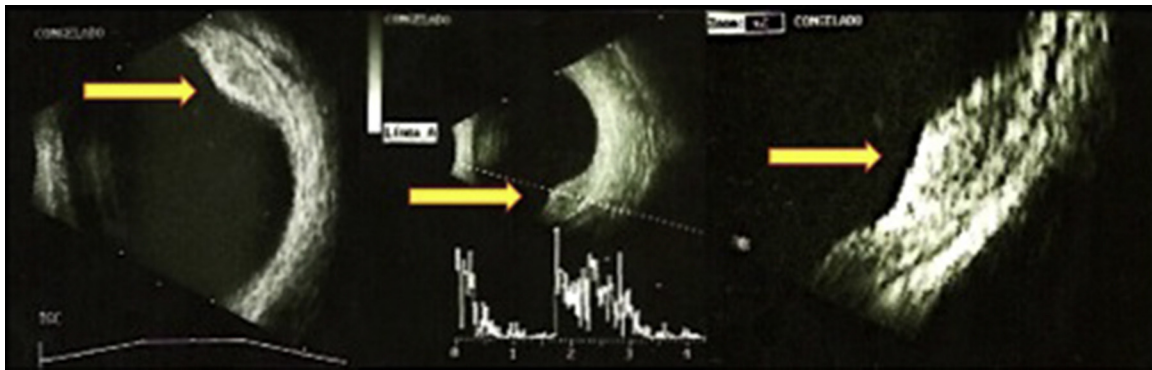


Figura 3 Ecografía modo A/B del OD en la que se observa una masa localizada en coroides, sobre elevada, de contorno irregular, de reflectividad interna moderada, con engrosamiento localizado en coroides, de patrón vascular bien delimitado, bilobulado, subretiniano, con desprendimiento de retina exudativo.

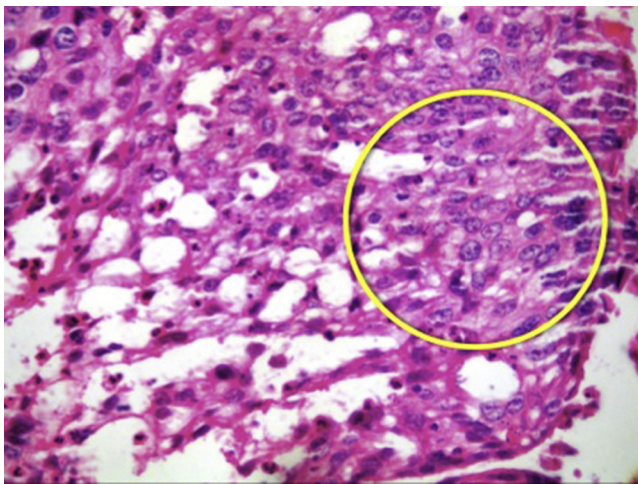


Figura 4 Corte histopatológico con presencia de células de aspecto poliédrico con núcleo claro y citoplasma abundante y pálido, sugerente de carcinoma de células claras.

mediante estudio de tomografía computarizada de riñón derecho determinó una masa tumoral irregular de 9×7 cm, a expensas de parénquima (fig. 5), datos que confirmaron el diagnóstico de carcinoma primario de células renales.

Dado el mal pronóstico secundario a la diseminación metastásica que presentaba el paciente se planteó un tratamiento oncológico agresivo versus tratamiento paliativo, el segundo escogido por el paciente. A las semanas presentó complicaciones pulmonares y falleció aproximadamente a las 4 semanas de haberse realizado el diagnóstico.

Discusión

El CCR representa el 2-3% del total de las neoplasias en el adulto, y el 85% de las neoplasias renales primarias. Se pueden diagnosticar por síntomas no urológicos hasta un 30% de los pacientes. A menudo hace metástasis a través de vía linfática y venosa a pulmón (60%), huesos (30-40%), hígado (30-40%) y cerebro (5%), sitios cutáneos (5%); la afectación ocular es extremadamente rara y la incidencia real no se conoce⁹. Teniendo en cuenta todas las neoplasias metastásicas en el ojo, solo una minoría se debe a CCR, como se ha demostrado en un estudio de patología donde solo 7 de cada 196 casos de carcinoma metastásico ocular tenía su origen en los CCR¹⁰. En el estudio retrospectivo realizado por Shields et al.¹¹, de un total de 950 metástasis uveales, en 520 ojos, de 420 pacientes atendidos en un centro de Oncología ocular durante un periodo de 20 años, 278 pacientes

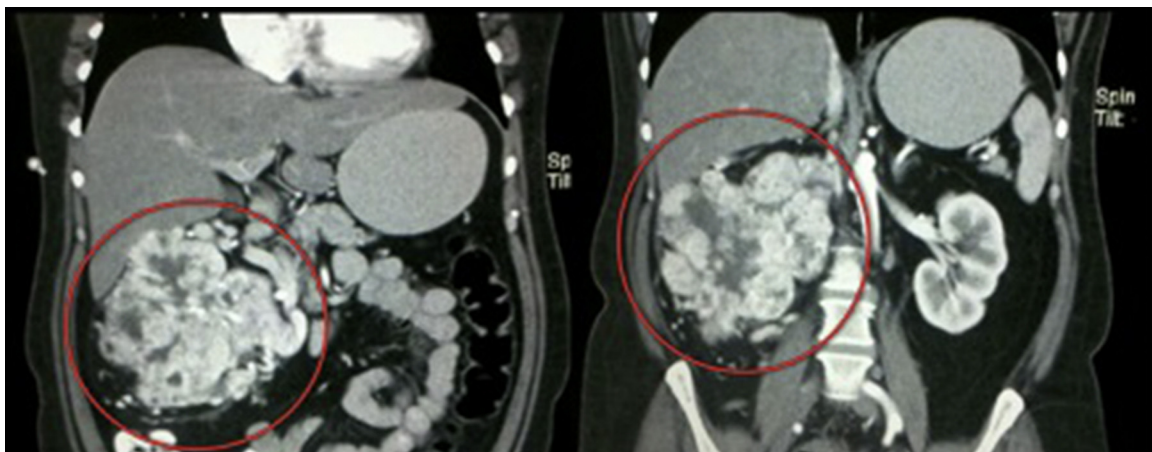


Figura 5 TAC de abdomen, 2 imágenes que muestran masa tumoral a expensas de riñón derecho, de aproximadamente 9×10 mm, que involucran parénquima.

(66%), la historia de metástasis uveal vino de un cáncer primario renal en solo 9 pacientes (2%).

La historia natural del CCR es muy variable, tiene una amplia variabilidad en cuanto a localización, clínica, evolución y factores pronósticos. La evaluación sistémica rigurosa es obligada cuando se sospecha de un tumor metastásico; dependiendo del sexo hay que descartar los tumores más frecuentes en cada caso, sobre todo el de mama en mujer y el de pulmón en el hombre. Además de la exploración sistémica se deben realizar estudios de gabinete completo y, como en este caso, la ecografía es una ayuda valiosa para valorar las características de la lesión; las técnicas histoquímicas permiten acercarnos al diagnóstico.

El abordaje terapéutico debe ser individualizado en función de los factores pronósticos. El tratamiento de elección del CCR localizado o localmente avanzado es la cirugía. Los casos de enfermedad metastásica, que en algunas series alcanzan un 25% de los pacientes al diagnóstico, debido a su pobre pronóstico (supervivencia inferior al 10% a los 5 años), deben considerarse candidatos para inmunoterapia sistémica combinada adyuvante; si el paciente cursa con pérdida de visión debido a una metástasis ocular y no presenta diseminación a otra localización, la radioterapia externa suele ser muy eficaz en el control local del tumor, y la braquiterapia es una buena opción para metástasis únicas¹². La supervivencia de los pacientes metastásicos sin tratamiento adyuvante fue inferior al año, mientras que un 20% de los tratados con inmunoterapia permanecían vivos a los 2 años. En un caso de metástasis coroideas por CCR reportado por Kurashige et al.¹³ en Japón se utilizó como terapia coadyuvante Sorafenib (antineoplásico, inhibidor multicitinasa), que demostró ser eficaz para las lesiones metastásicas pulmonares aunque no para las coroideas; aun así han mostrado que este tratamiento vía oral prolongó la supervivencia de pacientes con carcinoma metastásico de células renales.

La regresión espontánea de metástasis de CCR es un fenómeno reconocido, pero muy raro, que se estima puede ocurrir en el 1-7% después de la nefrectomía; en nuestra revisión se encontró solo un caso que describe esta regresión en un CCR¹⁴.

En pacientes con metástasis oculares se ha realizado tratamiento conservador. Los tratamientos invasivos como la enucleación, se reservan para casos aislados de dolor intratable, crecimiento tumoral excesivo, o por glaucoma neovascular. Excepcionalmente se puede usar la enucleación como método diagnóstico si el tumor primario no ha sido encontrado y existe duda diagnóstica importante⁵.

La incidencia de metástasis de coroides procedentes de un CCR primario es muy baja y no se encontró en literatura mexicana revisada un reporte de un caso similar hasta el momento de la elaboración de este trabajo.

Conclusión

Las manifestaciones oculares pueden ser el signo de presentación inicial de una tumoración, por lo que se debe realizar una extensa evaluación sistémica del paciente y, tras la sospecha, solicitar los estudios de gabinete pertinentes al caso. El presente ejemplo muestra un caso poco frecuente de metástasis coroideas de CCR que puede comenzar con signos

no urológicos hasta en un 30%; se demuestra la importancia de un manejo multidisciplinario.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiamiento

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

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Lindblad P. Epidemiology of renal cell carcinoma. *Scand J Surg.* 2004;93:88–96.
2. McLaughlin JK, Lipworth L. Epidemiologic aspects of renal cell cancer. *Semin Oncol.* 2000;27:115–23.
3. Novick AC, Campbell SC. Renal tumors. *Campbell's Urology.* 8th ed; 2003. p. 2672–731.
4. Elghissassi I, Inrhaoun H, Ismaili N, et al. Choroidal metastasis from tubulopapillary renal cell carcinoma: A case report. *Cases J.* 2009;2:6681–3.
5. Camarillo C, Sánchez I, Encinas J. Metástasis coroideas. *Anales Sist Sanit Navarra.* 2008;31 Supl 3:127–34.
6. Gerson R, Serrano JA, Manríquez F, et al. Metástasis coroidea por cáncer mamario como primer sitio de recurrencia. *Gaceta Mexicana de Oncología.* 2013;12:61.
7. Stephens RF, Shields JA. Diagnosis and management of cancer metastatic to the uvea: A study of 70 cases. *Ophthalmology.* 1979;86:1336–49.
8. Chow WH, Devesa S, Warren JL, et al. Rising incidence of renal cell cancer in the United States. *JAMA.* 1999;281:1628–31.
9. Thyavihally YB, Mahantshetty U, Chamarajanagar RS, et al. Management of renal cell carcinoma with solitary metastasis. *World J Surg Oncol.* 2005;3:48.
10. Ferry AP, Font RL. Carcinoma metastásico de ojo y de la órbita: un estudio clínico-patológico de 27 casos. *Arch Ophthalmol.* 1974;92:276–86.
11. Shields CL, Shields JA, Gross NE, et al. Survey of 520 eyes with uveal metastases. *Ophthalmology.* 1997;104:1265–76.
12. Kirkali Z, Tuzel E, Mungan MU. Recent advances in kidney cancer and metastatic disease. *BJU Int.* 2001;88:818–1824.
13. Kurashige Y, Otani A, Yoshimura N. Choroidal metastasis of renal cell carcinoma: A case report. *Jpn J Ophthalmol.* 2010;54:111–2.
14. Hammad AM, Paris GR, van Heuven WA, et al. Spontaneous regression of choroidal metastasis from renal cell carcinoma. *Am J Ophthalmol.* 2003;135:911–3.