

CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO A COROIDES.

José Gregorio López Añez; ¹Verónica González- Vilar²; Mónica Duque Yonekura ²; Rafael Alberto González-Duque³; Ana Vanessa Vargas-González³

BREAST CANCER METASTATIC A CHOROID.

ABSTRACT

Orbital metastasis is a rare entity. The most common of these is in the choroid metastasis. The most common malignant primary lesions found in these patients are breast cancer in women and lung cancer in man. In this paper we present a case of Female patient of 36 years diagnosed with breast cancer in 2010 and with distant relapse in 2012 and choroidal metastases identified in 2013.

KEY WORDS: Breast Cancer, Orbital Metastases, Metastases Choroidal.

RESUMEN

La metástasis orbitaria es una entidad poco reportadas. La localización más frecuente de estas metástasis es en la coroides. Las lesiones primarias malignas más comunes en estos pacientes son cáncer de mama en la mujer y cáncer de pulmón en el hombre. Se reporta un caso femenino de 36 años con diagnóstico de cáncer en la mama 2010, presenta recaída a distancia en 2012 y se identifica metástasis a coroides en 2013.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de Mama, Metástasis Orbitaria, Metástasis Coroidea.

INTRODUCCIÓN

Las metástasis orbitarias es una entidad poco frecuente, de todas ellas, la metástasis a coroides representa la mayoría de los casos. Los tumores primarios más comúnmente encontrados en estos pacientes son cáncer de mama en las mujeres y cáncer de pulmón en el hombre. La aparición de este tipo de metástasis representa un factor pronóstico y predictivo negativo dado que indica diseminación sistémica de la enfermedad. En algunos casos puede ser la primera manifestación de la enfermedad pero en su mayoría representa una recaída a distancia de un tumor primario conocido.

La prevención por medio de pesquisa oncológica sigue siendo la base para evitar diseminación a distancia de la enfermedad, tanto en los casos de cáncer de mama en la mujer con la prevención secundaria por medio de la mamografía y en los casos de cáncer de pulmón en el hombre con la disminución de los factores de riesgo y estudios radiológicos de pesquisa, logran la obtención de lesiones pequeñas sin diseminación local o a distancia que aseguren tratamientos menos radicales, y permitan mejor calidad de vida al paciente y cura de la enfermedad.

La baja incidencia de metástasis orbitaria justifica reportar el siguiente caso clínico.

RESUMEN DEL CASO

Femenina de 36 años que consulta en Septiembre 2010 por presentar nódulo en mama izquierda de 3 meses de evolución; niega antecedentes oncológicos familiares. Antecedentes personales: I gesta, I para, ingesta de anticonceptivos orales por 2 años, niega patología y alergia a medicamentos Examen físico: nódulo de 3 x 2,5 cm. en cuadrante ínfero interno de mama izquierda, sólido, mal definido, no doloroso y

Recibido: Marzo 2013 Aprobado: Octubre, 2014

¹Cirujano Oncólogo - Mastólogo. Departamento de Morfología Normal y Patológica, Escuela de Medicina "Witremundo Torrealba". Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo; ²MsC Ciencias Morfológicas. Departamento de Morfología Normal y Patológica, Escuela de Medicina "Witremundo Torrealba". Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo; ³Estudiante de Medicina Departamento de Morfología Normal y Patológica, Escuela de Medicina "Witremundo Torrealba". Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.
Correspondencia: jlopez38@uc.edu.ve

adenopatía de 3 cm de diámetro a nivel axilar izquierda, resto examen físico normal; la mamografía tomada en Septiembre 2010 (Figura 1); Revela Imagen densa, espiculada, microcalcificaciones agrupadas y distorsión de la arquitectura en C.I.I. mama izquierda, adenopatía densa en axila izquierda BI-RADS 5.

La ecografía mamaria tomada en Septiembre 2010 (Figura 2); revela imagen nodular hipoeoica, bordes lobulados, con imágenes hiperecogenicas sugestivo de microcalcificaciones, de 1,5 x 1,4 cm. C.I.I. mama izquierda, región axilar izquierda imagen nodular hipoeoica de 2,9 cm. BI-RADS 4C.

Biopsia trucut ecoguiada: B- 6819-10 Carcinoma Ductal Infiltrante moderadamente diferenciado; inmunohistoquímica: Re 60%, Rp negativos, HER-2/neu positivo, KI-67 10% en núcleos, negativo citoplasma, P53 70%, E-caderina positivo, PAAF ecoguiada nódulo axilar izquierdo c-5485-10: compatible con carcinoma. Estudios de extensión (Tac de tórax, Gammagrama óseo, RM cerebral, Ecografía abdominopelvica, laboratorio general) dentro límites normales, CA-15-3: 8 U/ml (V.N hasta 35 U/ml), CEA 16,3 ng/ml (V.N. menor o igual a 3 ng/ml). Estadio T2 N1 M0, ST IIB, recibe 4 ciclos de quimioterapia neoadyuvante Adriamicina - Ciclofosfamida a dosis estándar, ecografía mamaria para evaluar respuesta postquimioterapia neoadyuvante Enero 2011 (Figura 3), imagen nodular hipoeoica, de 1,5x1,3 cm irregular con imagen hiperecogenicas, región axilar izquierda imagen nodular hipoeoica con centro ecogenico. BI-RADS.⁶

En Febrero 2011 se realiza mastectomía parcial oncológica izquierda con vaciamiento axilar niveles I y II izquierdo, se deja marca radiológica en lecho tumoral, Biopsia B- 861-11: Carcinoma ductal Infiltrante, G.N. 2, G.H. 3, Mítopsis 2, Score Total, ⁷ Tamaño del tumor 2,5 x 2 x 2 cm, márgenes libres mayor de 1 cm, metástasis en 5 de 17 ganglios evaluados, recibe quimioterapia adyuvante de Taxol semanal dosis estándar 12 ciclos, posteriormente recibe radioterapia adyuvante con acelerador lineal en una primera fase con uso de energía de fotones de 6 mv, con un único isocentro para los su-volúmenes supraclavicular y mamario: al sub volumen del vértice axilar y fosa supraclavicular una dosis de 5000cGy, mama izquierda involucrando cadena mamaria interna una dosis de 4800cGy, bordes medial y lateral de mama no tratados con fotones, fueron tratados con energía de electrones de 6 Mev, hasta una dosis de 4200cGy en una segunda fase tratamiento al lecho tumoral con electrones de 12 Mev de 1540 cGy, dosis total acumulada 6340cGy desde 28 Abril hasta

21 de Junio del 2011, posteriormente se planifica Herceptin por 12 meses y Tamoxifen por 5 años dosis estándar. Estudios imagenológicos y laboratorios controles hasta Diciembre 2011 sin alteraciones. Paciente sin hallazgos clínicos ni paraclínicos de enfermedad, en Febrero 2012 se realiza CTPET CUERPO ENTERO (Figura 4): Hipercaptación del radiotrazador metabólico de FDG con lesiones neoplásicas activas en: Fosa supraclavicular izquierda (SUV 9,6), mediastino en todos sus compartimientos (SUV 14,8), hilio pulmón izquierdo (SUV 10,4), aumento de la captación del trazador a nivel paraesofágico y a la altura de unión esófago gástrica, glándula suprarrenal derecha (SUV ^{17,2}), cresta iliaca derecha (SUV ^{4,3}).

Se realiza PAAF ecoguiada de nódulos región supraclavicular izquierda C-5630-12: compatible con adenocarcinoma, gammagrama óseo en el mes de Octubre 2012 (Figura 5): aumento reacción osteoblástica ubicada en el coxal derecho, compatible con metástasis primario conocido.

Tac de tórax Octubre 2012 (Figura 6) con determinación de nódulos pulmonares (LUNG CARE): 11 nódulos intraparenquimatoso y subpleural bilateral, lesión sólida para hilar izquierda, no visible en estudios anteriores.

Paciente recibe quimioterapia a base de DOCETAXEL, XELODA, ZOMETA.⁸ ciclos dosis convencional. Paciente presenta en Noviembre 2012 sensación pasajera de cuerpo extraño en ojo derecho y en Febrero 2013 dolor a nivel de cadera izquierda de leve intensidad que aumenta paulatinamente. Ecografía orbitaria y ocular Noviembre 2012 (Figura 7): ojo derecho lesión sobre-elevada localizada a nivel de MVI en polo posterior de 9,1 x 1,0 mm

Fotografía ojo derecho (Figura 8) Febrero 2013 (FRG): presencia en ojo derecho de lesión hipopigmentada, ligeramente elevada a dos diámetros del disco óptico en el área inferonasal. El diámetro basal es de aproximadamente 7-8 mm con leve pigmentación en la superficie, se evidencia buen paso de contraste a través de la circulación coroidea y retiniana y un patrón de hiperfluorescencia irregular a nivel de la lesión, no se evidencia puntos de extravasación de contraste.

Ecografía ocular B- Scan (Figura 9) Marzo 2013: Se evidencia ojo derecho área de hiperreflectividad inferonasal persiste lesión coroidea pero de menor tamaño.⁸

Evaluación oftalmológica Marzo 2013 fondo de ojo: presencia en ojo derecho de lesión hipopigmentada, ligeramente elevada de 8 mm

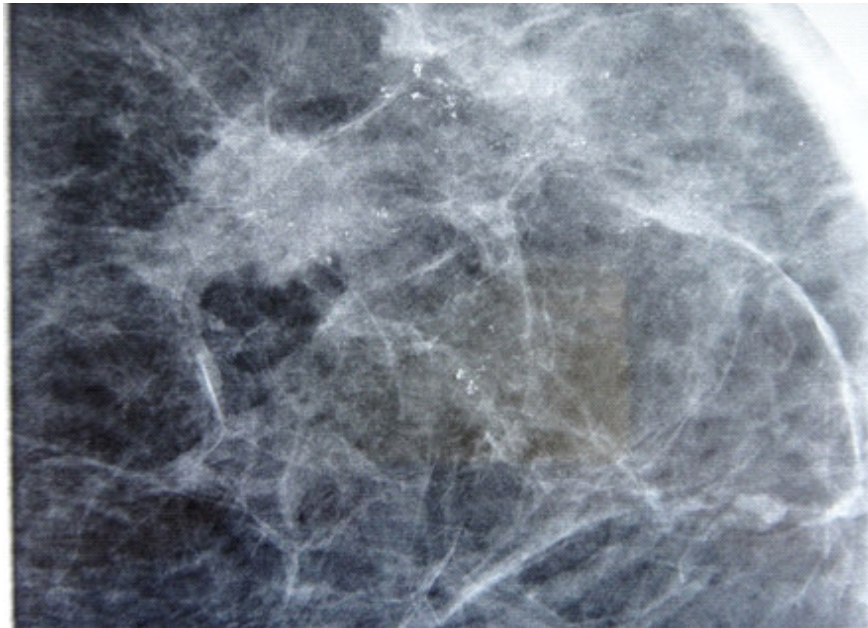


Figura 1.- Mamografía. Septiembre, 2010

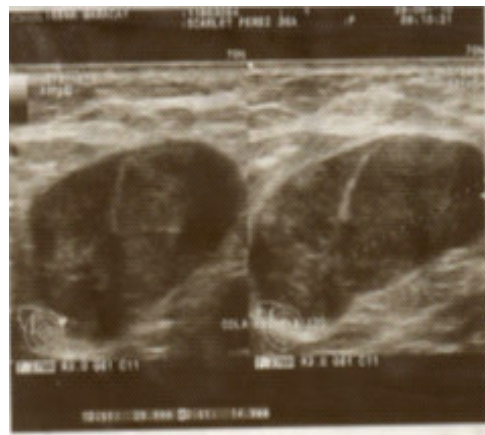
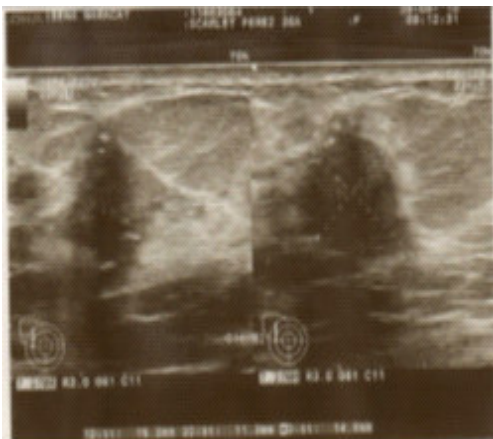


Figura 2.- Ecografía mamaria. Septiembre, 2010

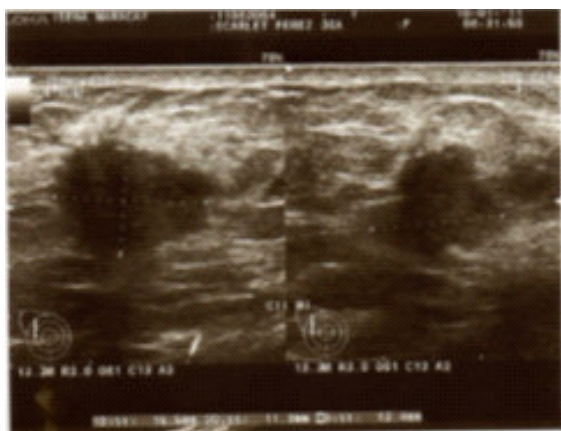


Figura 3.- Ecografía Mamaria. Septiembre, 2011.

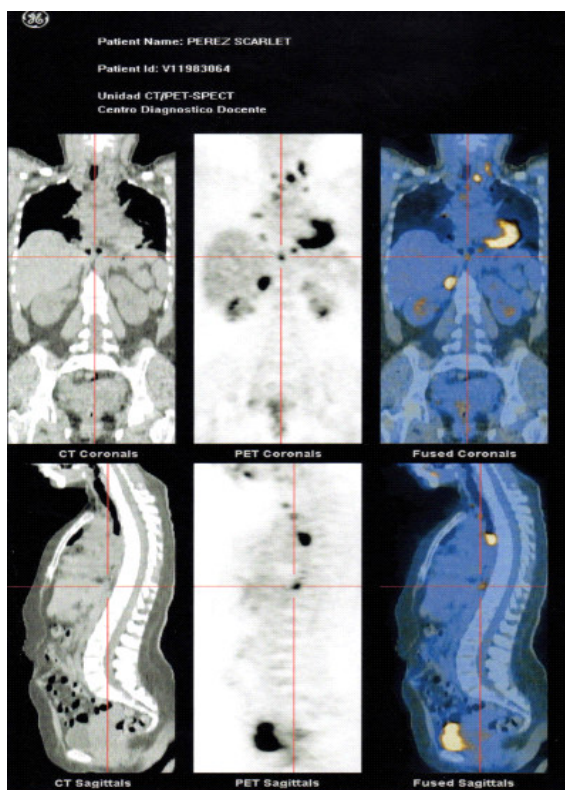


Figura 4.- CTPET Cuerpo entero. Febrero, 2012.

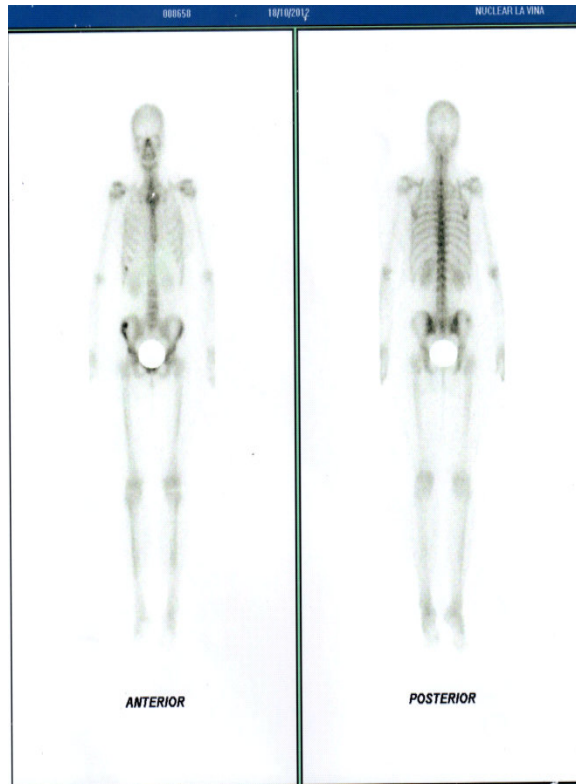


Figura 5.- Gammagrama óseo. Octubre, 2012

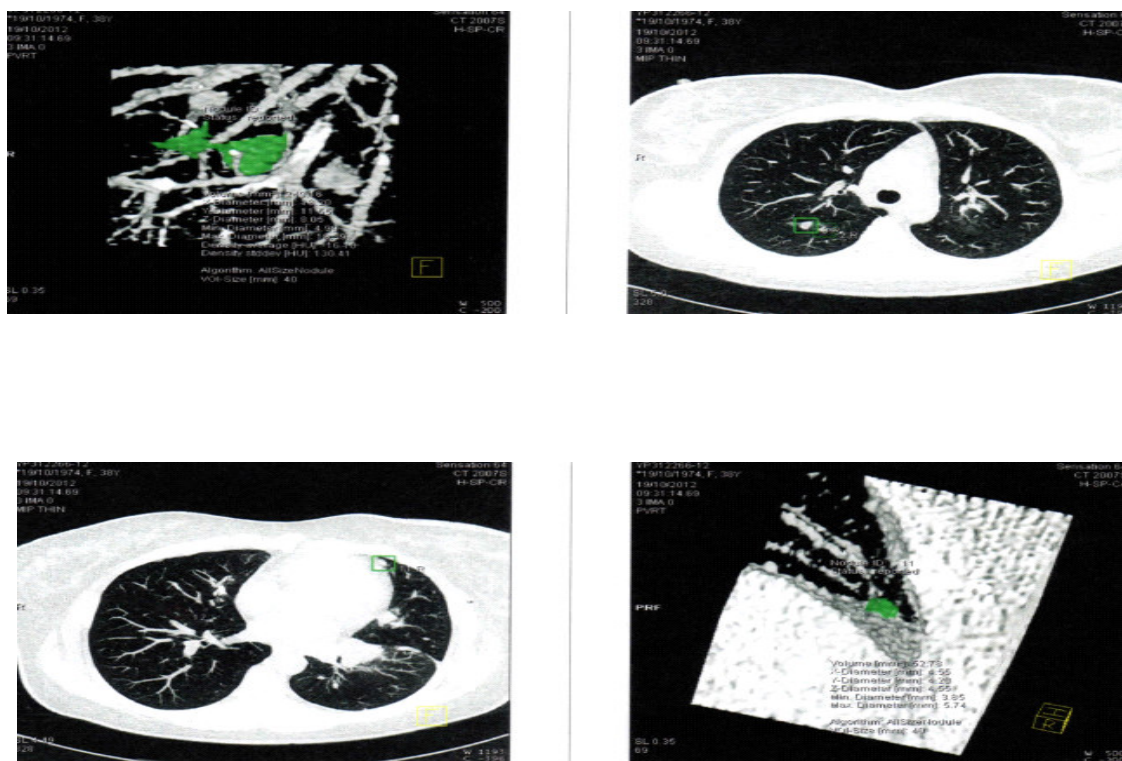


Figura 6.- TAC de tórax, Octubre 2012.

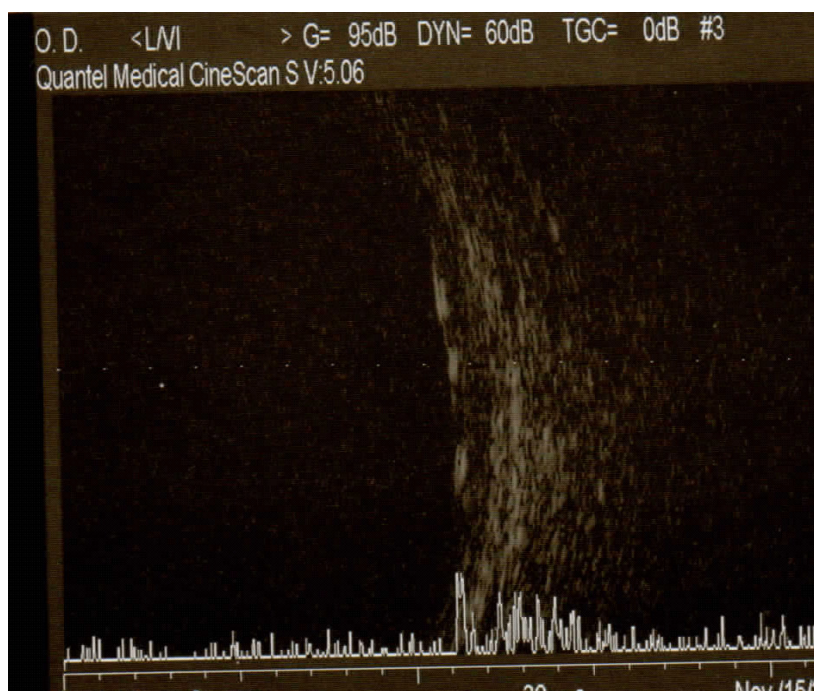


Figura 7: Ecografía orbitaria y ocular. Noviembre, 2012

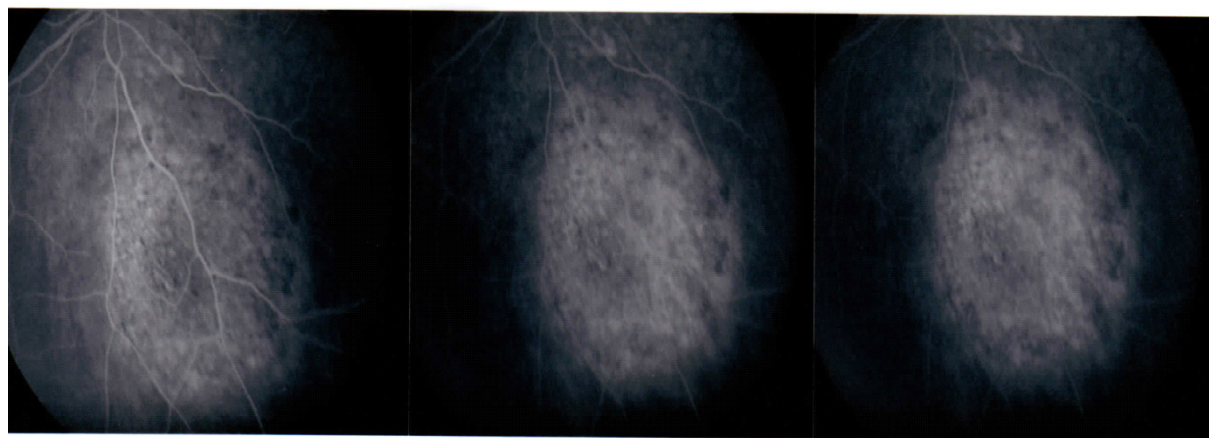
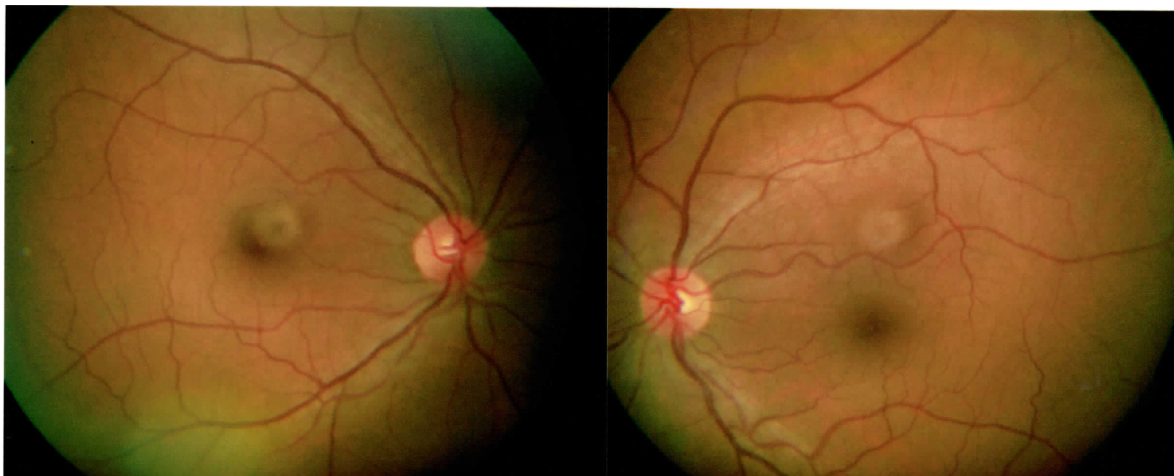


Figura 8.- Fotografía Ojo derecho. Febrero, 2013

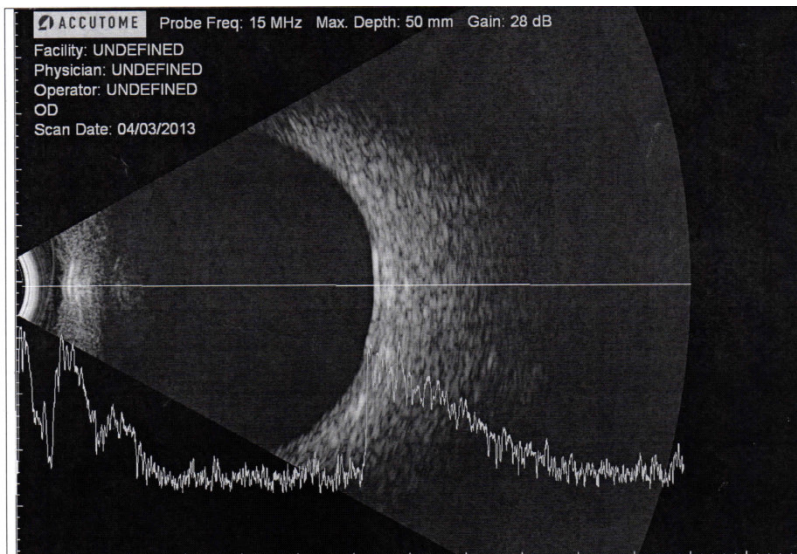


Figura 9.- Ecografía ocular B-Scan. Marzo, 2013

aproximadamente, se evidencia una disminución en el grosor de la lesión al comparar ecografía Noviembre - Marzo, la lesión corioidea impresiona estar inactiva, probablemente por tratamiento sistémico se indica controles, CTPET CUERPO ENTERO CONTROL. Abril 2013, (Figura 10) con los siguientes hallazgos: hipercaptación focal del radiotrazador metabólico de FDG compatible con proceso neoplásico en: fosa supraclavicular izquierda (SUV 11,2), supraclavicular derecha (SUV MAX 4,0), mediastino en todos sus compartimientos (SUV 14), región hiliar y parahiliar de pulmón izquierdo (SUV 12,5) estructuralmente se correlaciona con adenopatías, compatible con proceso neoplásico activo con discreto aumento de captación de FDA en comparación a estudio previo, paraesofágico (SUV máx. 8,1), imágenes nodulares ambos campos pulmonares la mayor pulmón derecho (SUV máx. 3,3), glándula suprarrenal derecha (SUV max 4,6), cresta iliaca derecha (SUV max. 7,3), cuello femoral y tercio superior del fémur izquierdo (SUV max. 9,6), isquion derecho (SUV max. 5,0) y arco costal derecho (SUV max. 3,4).

Paciente inicia en Mayo 2013 nuevo esquema de quimioterapia a base de CARBOPLATINO Y GEMZAR Y LAPATINIB, se planifica 8 ciclos a dosis estándar e inicia radioterapia a cuello femoral izquierdo para control del dolor y evitar fracturas patológicas.

DISCUSIÓN

La incidencia de metástasis a distancia por cáncer en la mama varía de acuerdo a diferentes series

entre un 5% y un 10%. Los órganos más comúnmente afectados son hueso, pulmón, pleura, tejidos blandos, hígado, cerebro, siendo una de las metástasis menos frecuentes la orbitaria.^{1,2}

La metástasis corioidea es la metástasis orbitaria más frecuentemente encontrada, el tumor primario se ubica más comúnmente en mama con un 47%, y pulmón con un 21% y en un menor porcentaje tracto gastrointestinal, riñón, piel y próstata.¹ La metástasis corioidea puede ser la primera manifestación del tumor primario sin ser diagnosticado hasta en un 18%.³

Perls y col, reportaron el primer caso de metástasis corioidea en 1871 y Bloch y col, en 1971 definieron a las metástasis corioideas como el tumor maligno orbitario más frecuente.⁴

La clínica de los pacientes en su mayoría cursa con disminución de la agudeza visual, no siendo así el caso presentado que solo presentó de forma repentina y pasajera sensación de cuerpo extraño. Otras formas clínicas descritas son: diplopía, fotofobia, dolor, glaucoma secundario, desprendimiento de retina.^{5,6}

Las metástasis corioideas se presentan en el fondo de ojo como lesiones amarillentas - marrones y como una placa de aspecto sólido y plana que se puede documentar con una ecografía ocular, siendo estos los hallazgos en el caso presentado.^{7,8} Puede utilizarse igualmente tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear para detectar estas lesiones incluso la tomografía por emisión de positrones resulta también

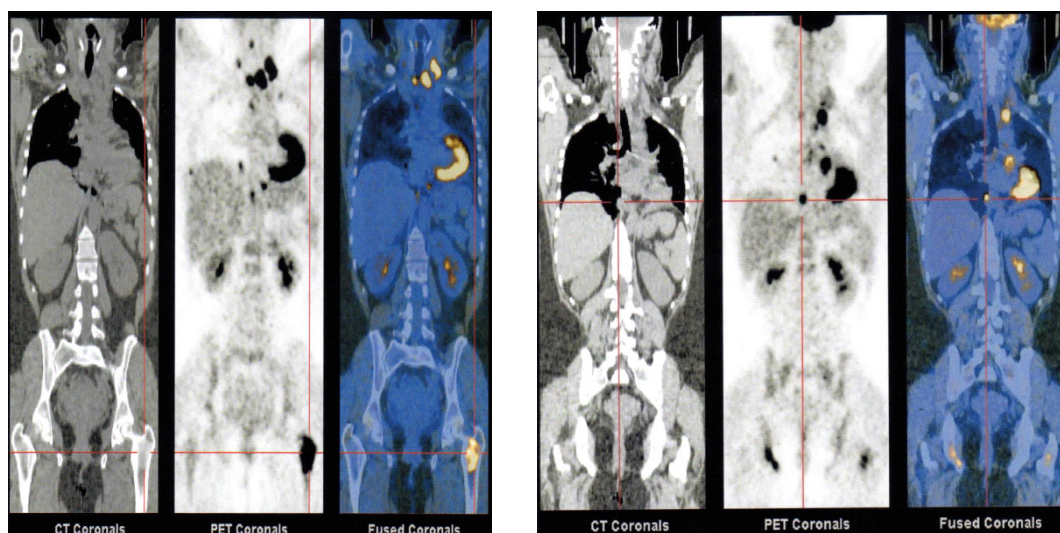


Figura 10.- CTPET cuerpo entero control. Abril, 2013.

de utilidad para detectar metástasis orbitaria.^{9,10} En el caso presentado fue diagnosticado por ecografía y la tomografía por emisión de positrones fue negativa.

En cuanto el tratamiento, los pacientes con metástasis coroidea pueden ser tratados dependiendo de la sintomatología y condiciones generales del paciente, por lo general estos pacientes no son candidatos a cirugía ni de radioterapia solo se podría plantear en casos excepcionales como por ejemplo dolor de fuerte intensidad y pérdida de visión, incluso con el uso de radioterapia se consigue remisiones tumorales con mejora de la sintomatología incluyendo en algunos casos la recuperación de la visión.^{10,11,12} La quimioterapia es utilizada prácticamente en todos los casos, siempre y cuando las condiciones del paciente lo permita, dado la presencia de enfermedad sistémica diseminada. En ocasiones la respuesta a la quimioterapia resulta rápida y se ha documentado respuesta incluso después del primer ciclo de quimioterapia.¹³ La terapia hormonal también se ha utilizado como tratamiento paliativo en pacientes con tumores hormono sensibles, en algunos

casos, se ha obtenido un beneficio clínico prolongado consiguiendo estabilización de la enfermedad por un periodo superior a 5 años.^{10,12} Los anticuerpos monoclonales como el Trastuzumab supone un fármaco de utilidad en estos pacientes con tumores HER2NEU positivo, igualmente se ha comprobado el uso de Rituximab en el tratamiento de patología linfoproliferativa de la órbita.¹⁴

En el caso reportado se inicia nuevo esquema de tratamiento sistémico con quimioterapia y terapia biológica debido a la persistencia de múltiples lesiones metastásicas en diferentes órganos del paciente y radioterapia a fémur izquierdo; no obstante, el paciente se mantiene en muy buenas condiciones generales solo mostrando dolor en región coxofemoral izquierda sin otra sintomatología.

Se evidencio una discreta disminución del tamaño de la lesión, por lo cual se plantea controles ecográficos ocular para vigilancia de la respuesta al tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Sánchez R, Betancourt L, Sanshes A, Velasquez E, Spinett D, Carrero N. Metástasis coroidea como primera manifestación de recaída sistémica en el cáncer de mama. *Rev. Venez. Oncol* 2010 ; 22(1) : 57-62.
- 2) Ribas M. Complicaciones de la enfermedad mamaria metastasica. En: Fernández-Cid A, Editor. *Mastologia*. Barcelona. España: Masson; 2000.P 669 - 676.
- 3) Small W. Management of ocular metastases. *Cáncer control*. 1998; 5(4): 326 - 322.
- 4) Bloch R, Gartners S. The incidence of ocular metastatic carcinoma. *Arh. Ophthalmol*. 1971; 85: 673 - 675.
- 5) Briceño A, Payares E, Marrero N , Morales L , Gutiérrez S, Quijada O .Adenocarcinoma metastasico a globo ocular de primario desconocido, reporte de caso, revisión de la literatura. *Rev. Venez. Oncol*. 2009; 21 (2):99 - 105.
- 6) Freedman M, Folk J, Metastatic tumors to the eye and orbit. Patient survival and clinical characteristics. *Arch ophthalmol*. 1987; 105: 1215 - 1219.
- 7) Coleman D, Abramson D, Jack R , Frazen L. Ultrasonic diagnosis of tumors of the choroid. *Arch ophthalmol*. 1974;91: 344 - 354.
- 8) Manquez M, Vigorena P. Compromiso ocular en cáncer sistémico. Experiencia en Chile. *Rev. Chile cancerología y hematología* vol.17: 61 - 66, 2008.
- 9) Martínez M, Sánchez C, Sánchez E , Flores C . Cáncer de mama con metástasis hacia las orbitas. Reporte de un caso. *Ginecol Obstent. Mex*. 2007; 75 (9): 553 - 5.
- 10) Illarramendi J, Salgano N, Lainez N, Arrazubi V, Tejeira I, Vera R. Metástasis orbitarias del cáncer de mama. *An. Sist. Sanit . Navar*. 2008; 31 (supl. 3): 135 - 145.
- 11) Rootman J, *Diseases of the orbit*. II ed. Baltimore: lippincot Williams and Wilkins; 2003: 330 - 343.
- 12) González F, López-Couto C. Metastasis orbitarias. Serie de cuatro casos y revisión de la literatura. *Arch Soc Espoftalmol*, 2006; 81: 451 - 462.
- 13) Kou S, Hsiao S, Chiou C, Chen F, Huang K, Metastatic carcinoma of the breast: A case with the unusual presentation of unilateral periorbital edema. *Jpn J ophthalmol* 2008; 52: 305 - 307.
- 14) ShomeD, Esmaeli B, Targeted monoclonal antibody therapy and radioimmunotherapy for lymphoproliferative disorders of the ocular adnexa. *CurrOpin ophthalmol* 2008; 19: 414 - 421.