

Proptosis, una búsqueda cada vez más rápida y certera

Noureddine-López M, Martín-Escalante MD, Blázquez-Puerta A, García-Alegría J
Servicio de Medicina Interna. Agencia Sanitaria Costa del Sol. Marbella (Málaga). España

Recibido: 01/05/2016

Aceptado: 01/06/2016

En línea: 30/06/2016

Citar como: Noureddine-López M, Martín-Escalante MD, Blázquez-Puerta A, García-Alegría J. Proptosis, una búsqueda cada vez más rápida y certera. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2016 (Jun); 1(0): 49-51.

Autor para correspondencia: Mariam Noureddine-López. mariamnoureddine@hotmail.com

Palabras clave

- ▷ Diplopia
- ▷ Lesión orbitaria
- ▷ Metástasis

Resumen

Se trata de un caso clínico correspondiente a una mujer joven con clínica neurológica (cefalea y diplopia), una lesión estructural de la órbita, junto con una radiografía de tórax patológica, donde se plantea un amplio diagnóstico diferencial y donde el reto consiste en la rápida localización de la lesión primaria más accesible que permita la tipificación más exhaustiva y posibilite el tratamiento más certero.

Keywords

- ▷ Diplopia
- ▷ Orbital injury
- ▷ Metastasis

Abstract

This is a case report corresponding to a young woman with neurological symptoms (headache and diplopia), a structural lesion of the orbit and lesions on chest radiography, where a broad differential diagnosis arises and where the challenge is to quickly locate the most accessible primary lesion that allows more thorough characterization clinical case and enables more accurate treatment.

Puntos destacados

- ▷ La presentación del adenocarcinoma de pulmón como proptosis ocular es rara. Tras una historia clínica detallada, se deben realizar estudios de imagen que permitan localizar el abordaje para la obtención de biopsias que orienten el tratamiento.

Ingresa en Medicina Interna en febrero de 2015 por cefalea holocraneal de 1 mes de evolución, que posteriormente se hizo hemicraneal izquierda con parestesias en la zona, de características pulsátiles desde hace 2 semanas, con dolor retroorbitario izquierdo, visión doble y mareo. No refería fiebre, déficit motor, cuadro constitucional, semiología respiratoria o traumatismo craneal. Epistaxis hace 2 semanas (no sabe precisar fosa), sin hemoptisis ni otra exteriorización hemática.

Introducción

La proptosis unilateral es una forma infrecuente de presentación de los tumores. Según los aspectos de la historia clínica podremos realizar una aproximación diagnóstica que permita el establecimiento del tratamiento adecuado.

Historia clínica

Presentamos el caso de una paciente de 32 años que consulta por cefalea y alteración de la visión. En los antecedentes destaca ser natural de Colombia (reside en España desde hace 13 años), con vida activa, sin hábitos tóxicos. Como único tratamiento tomaba anticonceptivos orales y paracetamol a demanda.

Exploración física

A la exploración la paciente estaba normotensa y afebril, con aceptable estado general, coloración normal de piel y mucosas. Bien hidratada, perfundida y nutrida. Consciente y orientada. Asimetría facial con proptosis izquierda y diplopia en la mirada vertical (**Figura 1**). El resto de la exploración neurológica no presentaba hallazgos patológicos. La auscultación cardíaca mostró tonos rítmicos sin soplos ni extratonos, con una auscultación respiratoria con murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Mamas simétricas sin nodulaciones palpables. El abdomen era blando, depresible, sin puntos dolorosos, con ruidos intestinales conservados; las extremidades no presentan edemas, ni signos de trombosis venosa profunda.

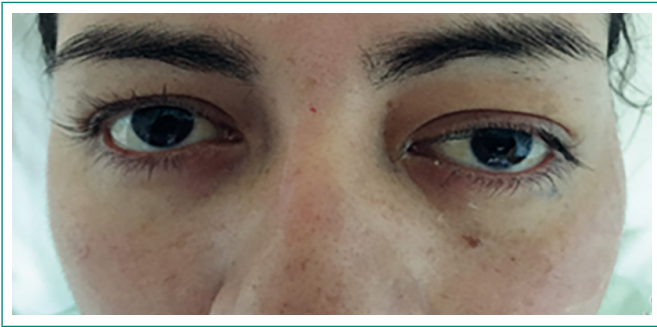


Figura 1. Exoftalmos

Pruebas complementarias

En las pruebas complementarias iniciales presentaba una analítica con hemograma normal, bioquímica normal, autoinmunidad negativa y marcadores tumorales donde destacó CEA 20.4 (elevado), con Ca 15.3, Ca 125 y Ca 19.9 negativos.

Dentro de las pruebas de imagen, la radiografía de tórax mostraba una masa en el lóbulo superior derecho (Figura 2).



Figura 2. Radiografía de tórax. Masa en lóbulo superior derecho

La TC toracoabdominal detectó la presencia de una masa de 36 mm localizada a nivel del lóbulo superior derecho, de contornos espiculados y aspecto neoplásico. Múltiples micronódulos no mayores de 2 mm en ambos campos pulmonares, inespecíficos, pudiendo corresponder a metástasis. A nivel mediastínico tres adenopatías laterotraqueales derechas, la mayor de 15 mm. El hígado presentaba aspecto homogéneo con dos imágenes hipodensas confirmadas mediante ecografía abdominal, sugerentes de hemangiomas. Se realizó una TC craneal donde se observó una masa sólida con calcificaciones en margen superoexterno de la órbita izquierda que erosionaba discretamente el hueso adyacente, de 3 x 2 cm, compatible con una metástasis ósea con masa de partes blandas asociada. La RM craneal realizada confirmó los hallazgos mostrando una lesión que afectaba al ala menor izquierda del esfenoides con destrucción ósea, de 4,2 x 2 cm, con amplio componente intraorbitario izquierdo extraconal que desplazaba la musculatura extrínseca ocular dando lugar a exoftalmos. Se apreciaba asimismo componente intracraneal con infiltración meníngea y compresión sobre el parénquima del lóbulo temporal izquierdo. A nivel intracraneal se observó otra lesión extraaxial con realce tras administración de contraste, de 12 x 11 mm frontoparietal izquierda, con impronta sobre el parénquima y ligero edema. A nivel intraparenquimatoso otras cuatro

lesiones focales inferiores a 1 cm, con realce tras administración de contraste, situadas dos de ellas en la periferia de ambos lóbulos frontales, otra en tálamo derecho subependimaria y la cuarta en sustancia blanca profunda del lóbulo temporal izquierdo. Concluyéndose que los hallazgos eran sospechosos de metástasis ósea, meníngea y cerebral (Figura 3).

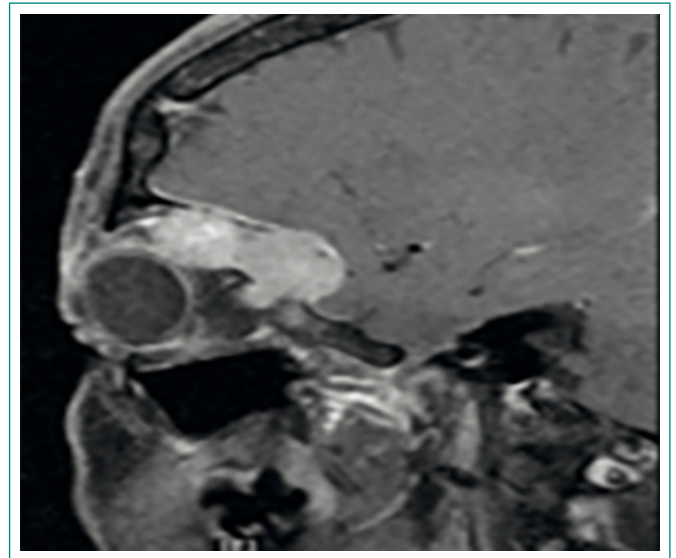


Figura 3. Imagen de RM craneal, T1, corte sagital

Evolución

Durante el ingreso también se realizó punción del nódulo pulmonar y una ecobroncoscopia diagnóstica que no mostró lesiones endobronquiales, localizándose, durante la misma, un conglomerado adenopático de 2,5 x 4 cm en la región paratraqueal derecha baja y alta, de contornos bien definidos aunque muy heterogéneos y con algunos vasos en su interior, del que se tomaron muestras. El análisis citológico confirmó la presencia de células neoplásicas de adenocarcinoma, positivas para las técnicas de inmunohistoquímica de napsina y TTF1 (factor de transcripción tiroideo), lo que indica en primer lugar origen pulmonar. El informe de determinación del gen EGFR (receptor del factor de crecimiento epidérmico), realizado mediante técnica de PCR (reacción en cadena de la polimerasa) a tiempo real, concluyó una mutación en el exón 20 (inserción).

El diagnóstico principal fue el de adenocarcinoma de pulmón en lóbulo superior derecho, estadio IV con metástasis ósea, meníngea y cerebral.

La paciente comenzó tratamiento esteroideo y radioterapia holocraneal según lo indicado por Oncología. Al cierre de este documento continua en seguimiento por Oncología.

Discusión

La presentación como proptosis de un tumor primario es rara¹. Debemos indagar sobre neoplasia prostática en el varón y mamaria en la mujer ante la aparición de este signo, siendo la neoplasia de pulmón la tercera en frecuencia². El adenocarcinoma de pulmón es el subtipo histológico más común y corresponde casi al 50% de los cánceres de pulmón. La presentación como enfermedad diseminada en el momento del diagnóstico es más frecuente en los adultos jóvenes, aunque el debut como patología orbitaria es inusual. Nuestra

Bibliografía

paciente no presentó clínica respiratoria previa, por lo que era difícil sospechar la existencia de un tumor pulmonar. En este caso, las manifestaciones clínicas de las metástasis cerebrales preceden al diagnóstico y son las técnicas de imagen las que aportan la clave fundamental para la localización más factible de la toma de biopsias. El uso de nuevas técnicas como la aspiración guiada por eco transbronquial nos permite el diagnóstico con un procedimiento mínimamente invasivo ante la duda de lesiones pulmonares o adenopatías mediastínicas sospechosas³.

La detección de mutaciones en el EGFR, que es un marcador predictivo validado, se vuelve fundamental de cara a predecir la respuesta con inhibidores tirosina-cinasa de dicho factor⁴.

El abordaje multidisciplinar con médicos internistas, neumólogos, radiólogos, anatomopatólogos y oncólogos, de nuevo vuelve a ser la clave para ayudar a nuestros pacientes.

1. Koma Y, Goto K, Yoshida C, Kimura K, Matsumoto Y, Koyama M, et al. Orbital metastasis secondary to pulmonary adenocarcinoma treated with gefitinib: a case report. *J Med Case Rep.* 2012; 6: 353.
2. Shields JA, Shields CL, Brotman HK, Carvalho C, Pérez N, Eagle RC. Cancer metastatic to the orbit: the 2000. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2001; 5: 346-354.
3. Fernández-Bussy S, Labarca G, Canals S, Caviedes I, Folch E, Majid A. Diagnostic yield of endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration for mediastinal staging in lung cancer. *J Bras Pneumol.* 2015; 41: 219-224.
4. Travis WD, Brambilla E, Noguchi M, Nicholson AG, Geisinger KR, Yatabe Y, et al. International Association for the Study of Lung Cancer/American Thoracic Society/European Respiratory Society International Multidisciplinary Classification of Lung Adenocarcinoma. *J Thorac Oncol.* 2011; 6: 244-285.