



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Contreras Ibáñez, José Antonio; Romero Cores, Paula; Beltrán Ruiz-Henestrosa, Manuel

Proptosis ocular en paciente con adenocarcinoma de próstata

Archivos Españoles de Urología, vol. 62, núm. 1, febrero, 2009, pp. 79-82

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013956014>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol. 2009; 62 (1): 79-82

**PROPTOSIS OCULAR EN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA**

José Antonio Contreras Ibáñez<sup>1</sup>, Paula Romero Cores<sup>2</sup>  
y Manuel Beltrán Ruiz-Henestrosa<sup>3</sup>.

Servicio de Oncología Médica<sup>1</sup>. Servicio de Medicina Interna<sup>2</sup>. Servicio de Anatomía Patológica<sup>3</sup>. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

**Resumen.-** *OBJETIVO:* Aportar información sobre un raro hallazgo clínico secundario a una localización infrecuente de diseminación tumoral en un cáncer de próstata.

**MÉTODOS:** Se presenta el caso de un varón adulto con proptosis ocular izquierda y antecedente de cáncer de próstata.

**CONCLUSIONES:** Incidir en que el cáncer de próstata debe de ser tenido en cuenta en el diagnóstico diferencial de masas orbitarias en varones adultos.

**Palabras clave:** Metástasis orbitarias. Adenocarcinoma de próstata. Proptosis ocular.



CORRESPONDENCIA

José Antonio Contreras Ibáñez  
Servicio de Oncología Médica (9<sup>a</sup> Planta)  
Hospital Universitario Puerta del Mar  
Avda. Ana de Viya, 21  
11009 Cádiz. (España).

joseantonio.contrerasibaez@gmail.com

Trabajo recibido: 19 de febrero 2008.

**Summary-** *OBJECTIVE: To reach information on a rare clinical finding secondary to an infrequent location of tumour dissemination in prostatic cancer.*

**METHODS:** *We present a case of an adult male with ocular left proptosis and history of prostatic cancer.*

**CONCLUSIONS:** *In adults males, the prostatic cancer should be born in mind in the differential diagnosis of the masses in orbital location.*

**Keywords:** *Orbital metastasis. Prostatic adenocarcinoma. Ocular proptosis.*

## INTRODUCCIÓN

La proptosis ocular o exoftalmos, consiste en el desplazamiento del globo ocular hacia delante y es un hallazgo poco frecuente en la clínica diaria.

El adenocarcinoma de próstata es la neoplasia del sistema urogenital más frecuente y representa la tercera causa de muerte por cáncer en el hombre (1).

Las localizaciones metastásicas más usuales son el esqueleto óseo y los ganglios linfáticos pélvicos. La afectación intracranal es rara y cuando aparece lo hace, en la mayor parte de casos, formando parte de una enfermedad diseminada (2-4).

Las metástasis constituyen, aproximadamente, el 6% de todas las neoplasias orbitarias del adulto. Se ha comunicado que hasta un 30% de las metástasis orbitarias son la manifestación inicial de tumores primarios ocultos (5). La mayor parte de las mismas derivan de cáncer de mama y pulmón (6,7). Las de origen prostático, aunque excepcionales, constituyen la segunda causa más frecuente en el varón (8,9).

Presentamos el caso de un varón que en el curso evolutivo de un cáncer de próstata, presentó una proptosis ocular izquierda que se demostró por pruebas de imagen corresponder a una afectación metastásica orbitaria, localización excepcional en el cáncer de próstata.

## CASO CLÍNICO

Varón de 60 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que se nos remitió desde el Servicio de Urología de nuestro Centro con el diagnóstico de adenocarcinoma de próstata en estadio IV por afectación ósea metastásica múltiple y en fase de hormonorresistencia.

En febrero de 2004 y por síndrome prostático (polaquíuria y urgencia miccional), se le había realizado por su

Médico de Atención Primaria (MAP) una determinación de PSA que arrojó un valor de 12 ng/ml, motivo por lo que fue derivado al especialista. Se le realizó ecografía transrectal y biopsia prostática ecodirigida que se informó como: adenocarcinoma bilobular, Gleason 7 (4+3). En el estudio de extensión (analítica, RNM y gammagrafía ósea), se evidenciaron metástasis ganglionares retroperitoneales y múltiples focos de hipercaptación patológica (columna vertebral, cuello y diáfragma femorales, pelvis ósea). Se instauró bloqueo androgénico completo con análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (A-LHRH) y antiandrógeno. Con dicho tratamiento, el nivel de PSA se normalizó en el plazo de 4 meses (Junio 04).

El paciente recibía tratamiento antiálgico por los dolores óseos con AINEs y mórficos. También fue tratado con irradiación vertebral dorsolumbar con 30 Gy administrados en 10 sesiones.

En abril 2006, y con el paciente asintomático, comienza el ascenso progresivo del PSA a 7.3, 13.1, 21 ng/ml, manteniendo la testosterona en niveles de castración. Se decidió, en este momento la suspensión del antiandrógeno. La respuesta bioquímica fue buena, consiguiéndose la normalización en Agosto 06.

Desgraciadamente, en noviembre 06 acude de urgencia aquejando intensos dolores óseos generalizados e incapacitantes a pesar de la subida de dosis de los analgésicos (EAV=8-9) por lo que recibe tratamiento con Estroncio (St) en el Servicio de Medicina Nuclear. Además, el cuadro clínico se acompaña de cifras de PSA de 850 ng/ml.

En diciembre 06 decidimos, con su consentimiento informado, iniciar QT paliativa con Docetaxel y predni-

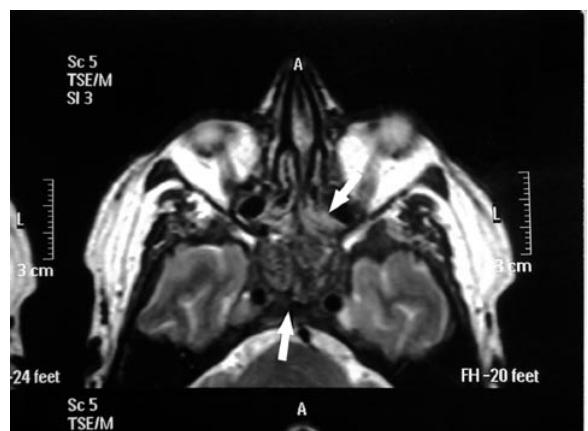


FIGURA 1. Extensión tumoral a pared de seno cavernoso izquierdo y hendidura esfenoidal.

sona. También instauramos terapia con inhibidores de la reabsorción ósea (ácido zoledrónico). La respuesta clínica fue satisfactoria con control analgésico (EAV=2-3) y reducción de PSA a 150 ng/ml.

El 15-02-07 acude de urgencia refiriendo que desde hacía unos 15 días venía notando la protrusión del globo ocular izquierdo y dificultad para la separación completa de los párpados.

### Exploración neurológica

Proptosis, ptosis palpebral, midriasis poco reactiva secundarias a la afectación del III par. No soplos orbitarios.

### RNM orbitaria

Sustitución metastásica de todo el segmento central de la base craneal, la médula ósea de las vértebras incluidas en el estudio y parte del diploe craneal. Afectación del techo y la pared lateral de la órbita izquierda que se muestran expandidos y ocasionan una proptosis del globo ocular. El ala mayor esfenoidal izquierda está sustituida y engrosada y existe una clara extensión a la pared del seno cavernoso izquierdo y la hendidura (Figura 1). Se observan cambios similares en los huesos que conforman la órbita contralateral, pero menos avanzados. La lesión del techo de la órbita izquierda se acompaña de una lesión de las partes blandas que provoca un desplazamiento inferior de la musculatura orbitaria. En las secuencias con contraste se identifica una hipercaptación heterogénea de todas las lesiones descritas (Figura 2).

Recibió irradiación de las áreas afectadas con carácter paliativo y presentó un franco y rápido deterioro, falleciendo el 21-03-07.

### DISCUSIÓN

El adenocarcinoma de próstata es la neoplasia del sistema urogenital más frecuente y representa la tercera causa de muerte por cáncer en el hombre (1).

Las localizaciones metastásicas más usuales son el esqueleto óseo y los ganglios linfáticos pélvicos. La afectación intracraneal es rara y cuando aparece lo hace, en la mayor parte de los casos, formando parte de una enfermedad diseminada (2-4).

Las metástasis constituyen, aproximadamente, el 6% de todas las neoplasias orbitarias del adulto. Se ha comunicado que hasta un 30% de las metástasis orbitarias son la manifestación inicial de tumores primarios ocultos (5). La mayor parte de las mismas derivan de cáncer de mama y pulmón (6,7). Las de origen prostático, aunque

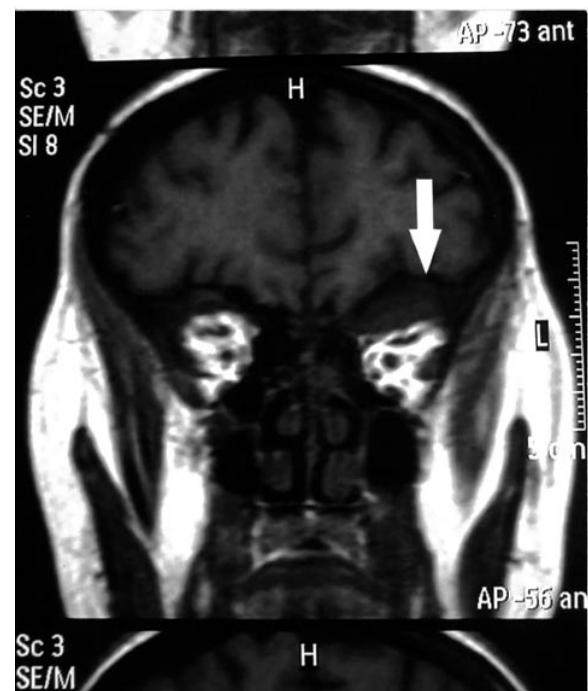


FIGURA 2. Hipercaptación heterogénea de contraste en las lesiones.

excepcionales, constituyen la segunda causa más frecuente en el varón (8,9).

Las vías de extensión a distancia a partir del tumor primario son la linfática y la sanguínea a través del plexo venoso intervertebral de Batson, por lo que la afectación ósea es fundamentalmente del esqueleto axial. Las metástasis orbitarias, se producen por vía arterial (3) a través de émbolos tumorales que atraviesan el filtro pulmonar.

Los síntomas clínicos son poco específicos y pueden aparecer en otros muchos procesos intracraneales por lo que se utilizan técnicas de neuroimagen, como la RNM en nuestro caso, que nos ayudan enormemente en el diagnóstico diferencial. En el caso presentado y al tener el diagnóstico previo de la neoplasia no creímos necesaria la confirmación por citología-biopsia de la lesión orbitaria.

Desde el punto de vista terapéutico, la radioterapia externa puede ser eficaz. No fue así en nuestro paciente al tener ya la enfermedad muy evolucionada y con una relativa baja capacidad funcional, cuestiones importantes en la toma de decisiones (1).

El pronóstico específico de las metástasis en ésta localización es desconocido (10) pero al ser la supervivencia tras el diagnóstico en nuestro caso tan corta, sospechamos que lo empeora notablemente.

## CONCLUSIÓN

Nos gustaría incidir en que el cáncer de próstata debería de considerarse en el diagnóstico diferencial de las masas orbitarias en pacientes varones adultos con síntomas neurológicos y lesiones intracraneales en las pruebas de imagen.

## BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (\*lectura de interés y \*\*lectura fundamental)

1. Rioja LA, Sanz Velez JI, Gil Sanz MJ, Allepuz Losa C. Carcinoma de próstata. En: Tratado de Urología. Editado por JR Proas. Jiménez Cruz JF, Rioja Sanz LA. Barcelona 1993; 2:1205-36.
- \*\*2. Pieras E, Rosales A, López, H, Villavicencio H, Vicente J. Metástasis intracraneales en cáncer de próstata. Actas Urol Esp 2000; 24: 626-31.
- \*\*3. Romero P, Pelluch A, Lobato JJ et al. Exoftalmos por metástasis orbitaria de carcinoma prostático. Arch Esp de Urol 1991; 44: 191-94.
- \*4. Sutton MA, Watkins HL, Green LK, Kadmon D. Intracranial metastases as the first manifestation of prostate cancer. Urology 1996; 48: 789-93.
5. Carriere VM, Karcioğlu ZA, Apple DJ, Insler MS. A case of prostate carcinoma with bilateral orbital metastases and the review of the literature. Ophthalmology 1982; 89: 402-06.
6. Prat-Bartomeu J. Metástasis orbitarias en el adulto. Rev Neurol 2000; 31: 1261-63.
7. Boldt HC, Nerad JA. Orbital metastases from prostate carcinoma. Arch Ophthalmol 1988; 106: 1403-08.
- \*\*8. Gonzalez C, Kuzel T, Carter M. Metastatic adenocarcinoma of the prostate to the orbit as a presenting symptom. J Urol 1997; 157: 625.
- \*9. Inagaki T, Ebisuno S, Milla M, Nakamura J. A case of prostatic cancer metastasing to the orbit. Int J Urol 1999; 6:114-15.
10. Aubert J, Irani J, Saint-Blanca TP. Orbital metastasis of prostatic cancer. Clinical and therapeutic aspects. A propos of a case. Chirurgie 1997; 121: 672-75.