

REGRESIÓN DE UNA METÁSTASIS COROIDEA DE ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA CON TRATAMIENTO HORMONAL

REGRESSION OF A CHOROIDAL METASTASIS FROM PROSTATE ADENOCARCINOMA AFTER HORMONAL THERAPY

BARBÓN JJ¹, GONZÁLEZ-TUERO J¹, GAY LL¹, PÉREZ-GARCÍA FJ², SAMPEDRO A¹

RESUMEN

Caso clínico: Paciente diagnosticado de adenocarcinoma de próstata con múltiples metástasis óseas, que también presentaba una gran metástasis coroidea en su ojo izquierdo. El tratamiento hormonal, mediante la asociación de un antiandrógeno y un análogo de LH-RH, obtuvo en 2 meses una rápida regresión de la metástasis, regresión que se mantiene a los 14 meses de seguimiento.

Discusión: La desaparición de las metástasis coroideas en el adenocarcinoma de próstata con la terapia hormonal resulta excepcional aunque su efecto podría probarse antes de pautar la radioterapia como tratamiento electivo.

Palabras clave: Carcinoma de próstata, metástasis coroidea, metástasis uveal, metástasis, terapia hormonal antineoplásica.

ABSTRACT

Case report: We report a case of a patient diagnosed with prostatic adenocarcinoma with multiple bone metastases and a choroidal metastasis in his left eye. Hormonal therapy with an anti-androgen and a LH-RH agonist was followed by regression of the choroidal mass over a period of 2 months. No metastatic recurrence has been demonstrated after a follow-up period of 14 months.

Discussion: Complete resolution of choroidal metastases of prostatic adenocarcinoma with hormonal therapy is exceptional, but the effect of this treatment on such metastases should be observed before recommending radiation therapy (*Arch Soc Esp Ophthalmol 2007; 82: 715-718*).

Key words: Prostate adenocarcinoma, choroidal neoplasms, uveal neoplasms, metastasis, hormonal antineoplastic agents.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma de próstata es uno de los cánceres más frecuentes en varones, en nuestro medio, y hasta en el 30% de los casos se constatan

metástasis al diagnóstico (1). Su diseminación metastásica tiene lugar habitualmente hacia huesos o ganglios linfáticos, mientras que las metástasis uveales son muy raras y representan sólo un 2% del total (2,3).

Recibido: 20/10/05. Aceptado: 25/7/07.

Hospital San Agustín de Avilés. Asturias. España.

¹ Licenciado en Medicina.

² Doctor en Medicina.

Correspondencia:

Juan Jesús Barbón García

C/. Juan Ochoa, 1, 7-D

33401 Avilés (Asturias)

España

E-mail: jjbarbon@telecable.es

CASO CLÍNICO

Varón de 74 años que había ingresado por un cuadro de hemiparesia izquierda leve con pérdida de fuerza, de sensibilidad e hiperreflexia. La Tomografía Computarizada (TC) craneal detectó una lesión hiperdensa en la región parietal derecha con múltiples lesiones blásticas en costillas y columna dorsal en el TC torácico, todo ello compatible con metástasis. En la Resonancia Nuclear Magnética craneal se detectó también una masa intraocular en el ojo izquierdo (OI), hiperintensa en T1 y con captación de contraste e hipointensa en T2.

La presencia de un síndrome prostático con una próstata pétreo al tacto rectal orientó al diagnóstico del tumor primario, confirmándose un adenocarcinoma mediante biopsia prostática con valores de 2 + 2 en la escala de Gleason. El PSA (prostate specific antigen) era de 483 ng/ml.

A la exploración oftalmológica tenía una agudeza visual (AV) con corrección óptica de 0,8 en ojo derecho (OD) y de 0,6 en OI. El fondo de ojo del OD era normal, mientras que en el OI, aunque el paciente estaba asintomático, tenía una gran masa intraocular de color grisáceo, con un pequeño desprendimiento de retina asociado, que ocupaba el sector temporal y que alcanzaba área macular (fig. 1). En la ecografía la masa aparecía con ecogenicidad media y unas considerables medidas de 17 mm de base por 8 mm de altura (fig. 2).



Fig. 1: Metástasis intraocular de gran tamaño por adenocarcinoma de próstata.



Fig. 2: (Ecografía): Tumoración temporal con una reflectividad uniforme.

El paciente inició un tratamiento para el carcinoma de próstata avanzado mediante un bloqueo androgénico máximo, asociando un antiandrógeno (bicalutamida) con un agonista de LH-RH. Aunque no hubo cambios en la AV, la metástasis coroidea fue disminuyendo de tamaño hasta llegar a su desaparición clínica a los 2 meses del inicio del tratamiento. En el fondo de ojo, quedó un moteado hiperpigmentado en el área de la lesión acompañado de una alteración del epitelio pigmentario macular (fig. 3). La evolución de los valores de PSA fue hacia una disminución a 31,26 ng/ml a los 4 meses y a 0,49 ng/ml a los 7 meses. La remisión de la metástasis ocular se mantiene a los 14 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

La mayoría de los adenocarcinomas de próstata son hormonodependientes, por lo que la terapia hormonal es la opción terapéutica principal para los pacientes con enfermedad metastásica. En la práctica clínica se utilizan la castración quirúrgica (orquiectomía), la castración médica con estrógenos o análogos de LH-RH y el uso de antiandróge-



Fig. 3: Desaparición de la metástasis con moteado residual de hipo e hiperpigmentación.

nos. El bloqueo androgénico máximo o total, utilizado con frecuencia, asocia un agonista de LH-RH y un antiandrógeno y busca la supresión simultánea de los andrógenos de producción testicular y suprarrenal (1,2).

En el adenocarcinoma de próstata la escala de Gleason expresa el grado de agresividad tumoral calificando los dos patrones más comunes de células cancerosas en dígitos de 1 a 5, anotando primero el patrón celular más común (ejemplo 2 + 3 = 5). Valores de 4 o menos corresponden a cánceres bien diferenciados, mientras que valores de 7 o superiores indican mayor agresividad y, por tanto, peor pronóstico (2).

El PSA es un excelente marcador tumoral del cáncer prostático y aparte de su utilidad diagnóstica, la monitorización del PSA en el seguimiento de los pacientes tiene un valor pronóstico importante. En casos de enfermedad avanzada, valores de PSA menores de 10 ng/ml a los 6 meses del tratamiento hormonal, como sucede en este paciente, se correlacionan con una mayor supervivencia (2).

Las metástasis coroideas del adenocarcinoma de próstata aparecen como masas amelanóticas con

reflectividad media-alta en la ecografía. Estas metástasis coroideas se tratan y responden bien a la radioterapia, con regresión del espesor y desaparición del líquido subretiniano (4). La existencia de una metástasis coroidea, por otra parte, se ha relacionado con una menor supervivencia del paciente. En caso de ausencia de tumor primario puede hacerse el diagnóstico mediante punción-aspiración con aguja fina y estas células mostrarán positividad para el PSA y la fosfatasa ácida prostática (4).

Hasta el momento sólo se ha publicado un paciente con regresión de una metástasis coroidea tras terapia hormonal, que había sido tratado con orquiectomía y estrógenos en la época pre-PSA (5). El caso descrito también se trataba un adenocarcinoma de próstata con metástasis óseas, de menores dimensiones y bien diferenciado, que regresó igualmente a los 2 meses dejando una atrofia del epitelio pigmentario retiniano con recuperación de la función visual (5). Aunque vemos que resulta excepcional, existe la posibilidad de una regresión completa de las metástasis coroideas con terapia hormonal, en nuestro caso acompañada de una caída de los niveles séricos de PSA. Parece aconsejable, en casos similares, un seguimiento corto (entre 4 y 8 semanas) tras instaurar el tratamiento hormonal, antes de plantear la radioterapia como tratamiento electivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Auclerc G, Antoine EC, Caffinger F, Brunnet-Pommeyrol A, Agazia C, Khayat D. Management of advanced prostate cancer. *Oncologist* 2000; 5: 36-44.
2. Walsh PC, Retik AB, Vaigan ED, Wein AJ. *Campbell Urología*. 8ª Edición, Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2005; Tomo IV: 3285-3536.
3. Shields CL, Shields JA, Gross NE, Schwartz GP, Lally SE. Survey of 520 eyes with uveal metastases. *Ophthalmology* 1997; 104: 1265-1276.
4. De Potter P, Shields CL, Shields JA, Tardio DJ. Uveal metastasis from prostate carcinoma. *Cancer* 1993; 71: 2791-2796.
5. Dieckert P, Berger BB. Prostatic carcinoma metastatic to choroid. *Br J Ophthalmol* 1982; 66: 234-239.