

E. Ferrero,  
A. García Villanueva,  
J. L. Salvador,  
V. Garrido,  
C. González\*,  
C. Mateos\*\*,  
A. Die Goyanes

# Cáncer de mama y metástasis orbitaria

## SUMMARY

*The authors report a special case of evolution of the breast cancer. We report the case of a 71-year-old female with a carcinoma of the breast who developed metastasis to the orbit and misdiagnoses previously as pseudotumor inflammatory. Imaging of orbit metastasis with CT is presented. The authors conclude that metastatic disease of the orbit should be considered in the differential diagnosis of eyelid lesions, because mammary carcinoma is the most common source for metastatic tumors on eye and orbit.*

*We believe that this case is unusual because of the rarity of orbit metastases without simultaneous uveal and ocular spread and less frequent histologic type present in this case (lobulillar carcinoma).*

\* Servicio de Anatomía  
Patológica.  
\*\* Servicio de Oftalmología.

Departamento de Cirugía  
General y Digestiva  
(Jefe: Dr. A. Die Goyanes).  
Centro Ramón y Cajal. Madrid.

Correspondencia:  
E. Ferrero Herrero.  
Centro Ramón y Cajal.  
Departamento de Cirugía  
General y Digestivo.  
Carretera Colmenar Viejo,  
km 9,100. Madrid.

*Palabras clave*

*Cáncer de mama, Metástasis orbitaria.*

*Key words*

*Breast carcinoma, Orbital metastases.*

## INTRODUCCION

La presencia de exoftalmos secundario a metástasis orbitaria por cáncer de mama, como causa de primera consulta al médico, es un hecho muy poco corriente, a pesar de ser el cáncer de mama la neoplasia que más frecuentemente metastatiza en úvea y órbita.<sup>4</sup> Por regla general se manifiesta de forma insidiosa años después de haberse practicado la mastectomía.<sup>9,10</sup>

El caso que se expone representa un cáncer de mama muy evolucionado con metástasis óseas, cutáneas y en tejidos blandos de la órbita.

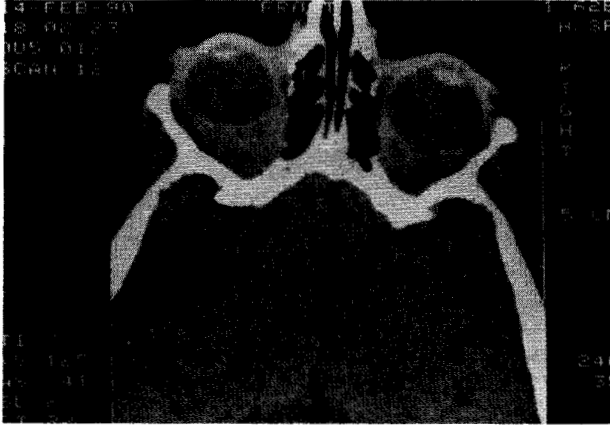
## MATERIAL Y METODOS

Paciente de 71 años que consulta a su médico por exoftalmos progresivo de ojo izquierdo, disminución de la agudeza visual con diplopía inespecífica y cierre palpebral. En el interrogatorio por órganos no se refirió otra sintomatología. En la exploración oftalmológica

presentaba una agudeza visual en OD y OI de 0,4, respectivamente. La visión no mejoraba con corrección óptica por ser ambliope por anisometropía miópica. La motilidad ocular (MO) intrínseca fue normal, siendo la MO extrínseca del OD, limitada casi en su totalidad para la adducción y la del OI en todas las direcciones. La tensión ocular y la biomicroscopia de polo anterior fueron normales. El fondo de ojo de OD presentaba ligera atrofia coriorretiniana miópica y el del OI fue normal.

En la exploración oftalmológica externa se apreciaba un exoftalmos bilateral, más acusado en ojo izquierdo. Los párpados izquierdos estaban indurados, adheridos a planos profundos y acompañados de induración de todos los tejidos orbitarios periorbitarios.

Con estos hallazgos la paciente fue tratada con antiinflamatorios y medicación corticoidea durante 6 meses, no notando mejoría en la sintomatología y con progresión del exoftalmos, por lo que es remitida al Servicio de Oftalmología de nuestro hospital para estudio de masa orbitaria.



**Fig. 1.** Tac orbitario. Se aprecia afectación de ambas órbitas, respetando el globo ocular y su contenido.

En el TAC orbitario se observaba afectación bilateral de ambas órbitas que están ocupadas por una masa de tejidos blandos que afecta tanto al espacio preseptal como al retroseptal y dentro de este último es de localización intra y extraconal, respetando el globo ocular y contenido del mismo.

Con estos hallazgos se realizó punción aspiración con aguja fina de la masa orbitaria, que fue negativa dada la dificultad técnica del aspirado por la consistencia pétreo de la tumoración, por lo que se practicó biopsia con anestesia local de dicha tumoración que demostró células tumorales de posible origen en un adenocarcinoma de mama. Por este motivo se consultó al Servicio de Cirugía General para orientación terapéutica.

En la exploración se palpaba una masa pétreo en el cuadrante superoexterno de la mama izquierda de más de 5 cm de diámetro que retraía pezón y piel adyacente y que la paciente no consideraba importante por tenerla desde hacía varios años. No se palparon ganglios axilares patológicos.

**Exploraciones complementarias.** En la analítica destacaba una fosfatasa alcalina de 573 U/l. Las radiografías de tórax, cráneo y órbitas fueron normales. La mamografía mostraba una neoformación de tipo escirro con afectación cutánea y retracción del pezón. La gammagrafía ósea mostraba captación patológica en calota y parrilla costal derecha posterior (7 y 11 arcos costales). La ecografía hepática fue normal. La determinación de CEA estaba ligeramente elevada, estando el MCA (mucin-like carcinoma antigen) muy elevado (411,05 U/ml. Normal hasta 12 U/ml). La biopsia de

la tumoración mamaria demostró un carcinoma lobulillar infiltrante.

**Evolución.** Durante la estancia hospitalaria de la paciente se detectaron pequeños nódulos cutáneos en la región anterior del abdomen de coloración eritematosa. La biopsia de uno de ellos demostró células metastásicas de cáncer de mama.

La paciente fue remitida al Servicio de Oncología para tratamiento sistémico.

## DISCUSION

El motivo de consulta al médico por exoftalmos secundario a metástasis por cáncer de mama es un hecho infrecuente, si bien la paciente de nuestro caso presentaba tumoración mamaria palpable, a la que no prestaba importancia. Ocasionalmente se ha descrito la metástasis antes que el foco primario.

El «salto» de la barrera ganglionar es un hecho constatado en aproximadamente el 30% de las pacientes con cáncer de mama metastásico. En nuestro caso el estadiaje clínico fue T4N0M1 y representa un ejemplo de «salto nodal» clínico en tumor de mama muy evolucionado.

La afectación orbitaria metastásica no es infrecuente, siendo superior al 50% en una revisión de la Clínica Mayo sobre 465 tumores orbitarios,<sup>11</sup> siendo las metástasis orbitarias bilaterales más raras.<sup>4</sup>

El carcinoma de mama es uno de los muchos adenocarcinomas que metastatizan en la órbita<sup>12</sup> o en el globo ocular, representando aproximadamente el 50% de los casos de metástasis orbitarias.<sup>12, 14</sup> Otros tumores que pueden metastatizar en la órbita son el adenocarcinoma de pulmón, carcinomas del tracto genitourinario o gastrointestinal<sup>4, 11, 12, 14</sup> en adultos y neuroblastoma, sarcoma de Ewing y tumor de Wilms en los niños.<sup>13</sup>

Entre un 5-10% de los pacientes con cáncer de mama diseminado desarrollarán metástasis coroides,<sup>3, 4</sup> siendo la supervivencia media después de su detección inferior al año.<sup>4, 5, 6, 7, 8, 14, 16</sup> La aparición de metástasis orbitaria, como el caso que nos ocupa, es menos frecuente que la diseminación intraocular. En la serie descrita por Ferry y Font,<sup>4</sup> de 227 pacientes con metástasis ocular y orbitaria, sólo 28 pacientes (12%) fueron predominantemente orbitarias, aunque es difícil saber con exactitud si la afectación orbitaria está o no separada de la afectación uveal.

Aunque la mayoría de los casos descritos en la literatura corresponden a metástasis de carcinoma ductal infiltrante, en nuestro caso el tipo histológico descrito corresponde a un carcinoma lobulillar infiltrante.

La ruta de diseminación es hematogena y se realiza generalmente a través del pulmón y suele asociarse con metástasis pulmonares en el 80-85% de los casos.<sup>13</sup>

Por regla general la metástasis orbitaria de un cáncer de mama suele aparecer años más tarde de haberse diagnosticado el tumor primitivo y, por tanto, después de realizarse la mastectomía,<sup>13, 14</sup> mientras que las metástasis secundarias a tumores del tracto genitourinario o gastrointestinal tienden a presentarse clínicamente antes de descubrir el tumor primitivo<sup>4</sup> y suelen ser metacronas en el caso de asociarse con cáncer de pulmón debido a su rápida diseminación hematogena.<sup>4, 13</sup>

La presentación clínica es frecuentemente súbita y cursa con diplopía, pérdida de agudeza visual, proptosis y dolor ocular.<sup>15</sup> Desde el punto de vista anatómico-patológico suelen no estar encapsuladas y generalmente infiltran difusamente los tejidos blandos de la órbita<sup>13, 14</sup> y pueden afectar el hueso orbitario, espacio extraconal (incluyendo glándulas lacrimales), grasa intraconal, músculos, nervio óptico, coroides, retina y más raramente toda la órbita.

En nuestro caso la presencia de metástasis cutáneas y óseas representa un estadio muy evolucionado de la enfermedad.

Estas metástasis pueden presentarse en cualquier localización, habiéndose descrito incluso en la piel adyacente a los ojos.<sup>7</sup>

La presencia de metástasis ocular conlleva unas muy importantes implicaciones pronósticas en cuanto supervivencia, y aunque la mayoría de estas metástasis no requieren tratamiento, se han tratado con radioterapia a dosis de 40-45 Gy en 3-5 semanas en un intento de disminuir la sintomatología no logrando aumentar la supervivencia global debido a la rápida diseminación metastásica.<sup>15, 16, 17</sup>

La enferma descrita ilustra que el diagnóstico diferencial de una tumoración orbitaria debe contemplar, en primer lugar, enfermedad neoplásica metastásica

siendo en la mujer el cáncer de mama y en el varón el cáncer de pulmón los dos procesos neoforativos que primero hay que descartar.

## REFERENCIAS

1. Mewin L, Young S. Breast carcinoma metastatic to the choroid. *Ophthalmology* 1982; 89: 147-151.
2. Ferry AP, Font RL. Carcinoma metastatic to the eye and orbit: A clinicopathologic study of 227 cases. *Arch Ophthalmology* 1974; 92: 276-286.
3. Reynard M, Font RL. Two cases of uveal metastatic form breast carcinoma in men. *Am J Ophthalmology* 1983; 95: 208-215.
4. Schlaen ND, Naves AE. Orbital and choroidal metastases from carcinoma of the male breast. *Arch Ophthalmol* 1986; 104: 1344-1346.
5. Hart W. Metastatic carcinoma to the eye and orbit. *Int Ophthalmol Clin* 1962; 2: 465-469.
6. Dickson RJ. Choroidal metastases from carcinoma to the breast. *Am J Ophthalmol* 1958; 46: 14-16.
7. Dabski K, Milgrom H, Stoll HL Jr. Breast carcinoma metastatic to the eyelids: case report and review of the literature. *J Surg Oncol* 1985; 29: 233-236.
8. Motton-Lippa L, Jakobiec FA, Iwamoto T. Pseudoinflammatory metastatic breast carcinoma of the orbit and lids. *Ophthalmology* 1981; 88: 575-580.
9. Henderson JW. Orbital tumors. Philadelphia WB Saunders 1973.
10. Reese AB. Metastatic tumors of the eye and adnexa. Tumors of the eye. Third edition. Philadelphia JB Lippincott 1976.
11. Jakobiec FA, Rootman J, Jones IS. Secondary and metastatic tumors of the orbit. En Duane TD, Jaeger EA (edit). *Clinical ophthalmology*, vol. 2, capítulo 46. Philadelphia JB Lippincott 1982; 1-67.
12. Freedman MI, Folk JC. Metastatic tumors to the eye and orbits. Patients survival and clinical characteristics. *Arch Ophthalmol* 1987; 105: 1215-1219.
13. Gartner S. Metastatic carcinoma to the Eye and adnexa. En Duane TD, Jaeger EA (edit). *Clinical Ophthalmology*, vol. 5, capítulo 34. Philadelphia JB Lippincott 1982; 1-11.
14. Brasseur G, Baudet D, Charlin JF, Langlois J. Les metastases choroïdiennes du cancer du sein. Reflexions a propos de 15 observations. *Bull Soc Ophthalmol* 1983; 83 (6-7), 795-798.
15. Dobrowsky W. Treatment of the choroid metastases. *Br J Radiol* 1988; 61 (722), 140-142.
16. Halpern J, Sofinski SJ, Forgach PW, Khilchenko S, Ambus JL. Choroidal metastases arising from carcinoma of the breast and analysis of five cases. *Review J Med* 1986; 17 (1): 1-11.
17. Hodgenthout J, Brink HM, Verbeek AM, Van Gasteren JJ, Beex LV. Radioterapy of choroidal metastases. *Strahlenther Onkol* 1989; 165 (5): 375-379.