Trabeculectomía en glaucoma secundario por metástasis de carcinoma de mama

R. Escobar* / A. Ronquillo* / F. Escobar* / M. Alvarez-Morujo*

RESUMEN

Se presenta un caso de una mujer de cuarenta años de edad con glaucoma secundario y pérdida de visión por metástasis de carcinoma de mama en segmento anterior.

En él se analizan la Trabeculectomía como terapéutica cuando la quimioterapia fracasa, observándose un buen control post-quirúrgico de la tensión ocular y recuperación de la visión durante 10 meses que tuvo de supervivencia.

lares ha crecido alarmantemente sobre todo aquellos que provienen de carcinoma de mama en primer lugar y carcinoma de pulmón en segundo lugar. A este respecto debemos señalar que en 1974 Ferry 3 reúne 26 tumores con metástasis en segmento anterior en su casuística sobre 227 pacientes 4 con metástasis de órbita y globo ocular. Paradóiicamente estos tumores metastásicos de iris son más frecuentes, según la mayoría de auto-

res, los que proceden del pul-món 5, 6, 7, 8.

Caso clínico

Mujer de 40 años de edad con diagnóstico de carcinoma de mama en estadío IV. Antecedente de mastectomía radical 3 años antes. Consultó en el Servicio de Oftalmología el 18-VIII-87 por disminución de agude-

Introducción

Históricamente ha sido considerado el tumor metastásico como una rara patología, siendo aún menos frecuente los tumores intraoculares metastásicos en iris. Sin embargo estos casos van siendo más numerosos a medida que la supervivencia de los pacientes con cáncer es mayor y se realizan mejores exploraciones oftalmológicas.

Proctor y Verhoeff 1 describieron en 1907 el primer caso de tumor metastásico ubicado en iris. Sanders publicó un caso de metástasis en iris y cuerpo ciliar en 1938². En los últimos años el número de tumores intraocu-

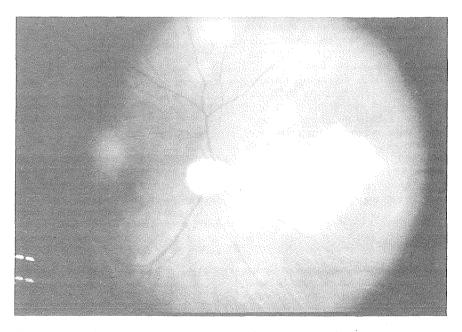


Fig. 1.—Retinografía OD. Excavación de papila y múltiples metástasis coroideas.

Departamento de Oftalmología. Clínica Universitaria de Navarra.

za visual, visión de halos coloreados v dolor ocasional en ojo derecho.

Exploración Oftalmológica

Motilidad ocular: Normal; Agudeza visual OD: 0,1; OI: 0,9; Tensión ocular OD: 54 mm de Hg; OI: 16 mm de Hg. Segmento anterior OD: Edema epitelial, pupila midriática arreactiva, înfiltración nodular marrón grisácea en todo el espesor del iris desde la periferia hasta el esfínter y en 360°. Gonioscopia, OD: Bloqueo del ángulo. OI: Normal. Segmento posterior AO: Múltiples focos de metástasis coroideas en polo posterior; OD: Excavación de papila con rechazo nasal de los vasos. (Fig. 1).

Se realiza Trabeculectomía más Iridectomía periférica amplia el 7-IX-87, enviándose ambas piezas a Anatomía Patológica (Fig. 2). La evolución postoperatoria discurre con normalidad desapareciendo el edema epitelial. En el postoperatorio la visión se mantiene en 0,7 y la tensión intraocular en 16 mm de Hg que se controló durante 10 meses hasta su fallecimiento (Fig. 3).

Comentarios

Las diferentes presentaciones clínicas de las metástasis en iris pueden ser: en forma de masas nodulares 5, 9, 10, de epitelización del endotelio corneal y ángulo camerular 11,3 o con un cuadro clínico de iridociclitis o endoftalmitis 12, 6, 13, 9, 14. En estas tres últimas presentaciones clínicas el tratamiento quirúrgico sería inadecuado porque reactivaría más el proceso, algunos autores han informado en estos casos de una buena respuesta a la quimioterapia y/o radioterapia 5, 3, 15

En las formas nodulares, la trabeculectomía es eficaz para resolver el bloqueo angular y el aumento de la tensión intraocular, la evolución postoperatoria es normal evitando de esta forma un deterioro visual y en consecuencia una mejor calidad de vida.

Conclusiones

- Los tumores metastásicos de iris de origen mamario de tipo nodular pueden provocar glaucomas secundarios que no mejoran con tratamiento quimioterápico.
 - La cirugía paliativa en los tumo-

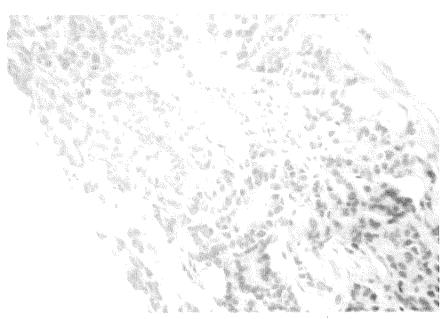


Fig. 2.—Histología H/E. 400 Aumentos. Carcinoma metastásico en iris en el que se aprecian formaciones glandulares que delatan el origen carcinomatoso de la metástasis. (Cortesía Dr. Vázquez).

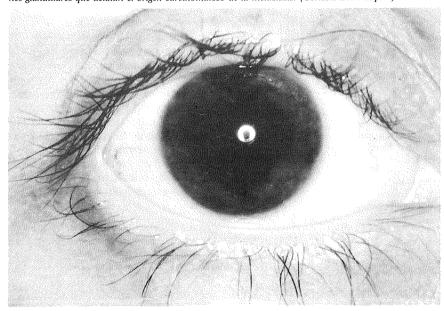


Fig. 3.-Segmento anterior OD. Trabeculectomía en glaucoma 2.º, puede observarse a los 9 meses del postoperatorio una córnea transparente, una infiltración nodular de color marrón-grisaceo en todo el espesor del iris desde la periferia hasta el esfínter y en los 360°.

res metastásicos que provocan glaucoma secundario por cierre angular es sencilla de realizar y su evolución postoperatoria es muy satisfactoria.

La trabeculectomía soluciona la pérdida de visión por el edema corneal y el glaucoma secundario provocado por metástasis de carcinoma.

Bibliografía

Proctor and Verhoeff. Arch Ophthalmol 36: 47, 1907.

- 2. Sanders TE. Metastatic carcinoma of the iris. Am I Ophthalmol 21: 646-651, 1938.
- Ferry AP y Font RL. Carcinoma metastatic to the eye and orbit II. A clinicopathological study of 26 patients with carcinoma metastatic to the anterior segment of the eye. Arch Ophthalmol 93: 472-483, 1975.
- 4. Ferry AP y Font RL. Carcinoma metastatic to the eye and orbit. I. A clinico pathologic study of 227 cases. Arch Ophthalmol 92: 276-286, 1974.
- Barbee JY, William CE and Macdonald R. Metastatic iris tumor. Survey of Ophthalmology 16: 160-164, 1971.
- Freeman TR y Friedman AH. Metastatic carcinoma of the iris. Am J Ophthalmol 50: 947-952, 1975.

Sectral 400

COMPOSICION: Cada comprimido contiene 400 mg. de acebutolol (D.C.I.). Excipiente: Lactosa. INDICACIO-NES: Hipertensión arterial. POSOLOGIA Y FORMA DE ADMINISTRACION: La dosis media habitual es de 400 a 800 mg., en una toma única diaria, por via oral. En todos los casos la posologia de un tratamiento con Sectral variará según el cuadro clínico y el criterio del médico, cuyas indicaciones deben seguirse estrictamente. EFECTOS SECUNDARIOS: Los efectos secundarios que se pueden presentar son comunes a otros bloqueadores, como hipotensión, bradicardia, molestias gastrointestinales, sedación, astenia y, en casos muy excepcionales, depresión. CONTRAINDI-CACIONES: El producto está contraindicado en el shock cardiaco y en el bloqueo cardiaco (excepto el de primer grado). No debe administrarse Sectral durante el embarazo y la lactancia. PRECAUCIONES: Deberá administrarse el producto con precaución, extremando la vigilancia del paciente y siempre a criterio del médico en los siguientes casos: Enfermedades obstructivas de las vias respiratorias. Bradicardia. Insuficiencia cardíaca sin digitalización previa. Acidosis metabólica, así como en los tratamientos simultáneos con productos depresores del nivel de las catecolaminas tipo reserpina. Los tratamientos con bloqueantes en pacientes con tiretoxicosis pueden enmascarar la sintomatología provocada por exceso de hormona tiroidea. En pacientes diabéticos bajo tratamiento hipoglucemiante, y en estados de hipoglucemia, debe tenerse precaución con el bloqueo del mecanismo de regulación de la glucemia mediado adrenérgicamente. Esta especialidad contiene lactosa. Se han descrito casos de intolerancia a este componente en niños y adolescentes, originando cuadros de diarreas complicadas con infección intestinal, deshidratación y acidosis. De presentarse esos síntomas, deberá interrumpirse inmediatamente el tratamiento. INCOMPATIBILI-DADES: Se recomienda no emplear el medicamento asociado a los anestésicos, ni a los inhibidores de la monoaminoxidasa. INTOXICACION Y TRATAMIENTO: Cuando debido a una sobredosis de Sectral se presenta una bradicardia o hipotensión acentuada, se intentará inmediatamente paliar la situación con la administración por vía endovenosa de 1 mg. de sulfato de atropina. Si la atropina resulta insuficiente, se administrarà isoprenalina por perfusión endovenosa (5 microgramos por minuto), bajo vigilancia continua hasta que se evidencia una respuesta favorable. PRESENTA-CION Y P.V.P.: Envase calendario de 28 comprimidos, 1.304 Ptas. (IVA inc.) y envase calendario de 56 comprimidos, 2.601 Ptas. (IVA inc.). Con receta médica. Manténgase fuera del alcance de los niños.

Secadrex[®]

COMPOSICION: Cada comprimido contiene 400 mg. de acebutolol (D.C.I.) y 25 mg. de hidroclorotiazida (D.C.I.) Excipiente: Lactosa. INDICACIONES: En el tratamiento de la hipertensión arterial, especialmente en pacientes en los que no se consigue un adecuado control con el empleo de betabloqueantes o diuréticos por separado. POSOLOGIA: La dosis usual es de 1 comprimido al dia, administrado por la mañana. EFECTOS SECUNDARIOS: Los más usuales son: Frialdad de extremidades, fatiga muscular, trastornos del sueño y en casos aislados, bradicardia y trombocitopenia. Se han producido algunos casos de broncoespasmo e insuficiencia cardiaca en pacientes especialmente susceptibles. CONTRAINDICACIONES: Bloqueo auriculoventricular, insuficiencia cardiaca no compensada, bradicardia pronunciada, shock cardiogénico, insufi-

ciencia renal o hepática grave, antecedentes de hipersensibilidad a sulfamidas o diuréticos tiazídicos. Uso durante el embarazo, lactancia y pediatria: Sólo se utilizará durante el embarazo cuando, a estricto criterio médico, el beneficio justifique los riesgos potenciales. Se suspenderá la lactancia natural durante el tratamiento. No existe experiencia de uso pediátrico y en consecuencia no se recomienda su utilización en niños. PRECAUCIONES: En pacientes con cardiopatia isquémica la interrupción brusca del tratamiento puede provocar la intensificación de la sintomatología. Como norma general, la interrupción se llevará a cabo tras haber reducido progresivamente la dosis durante 7-10 días. Al ser un beta-bloqueante cardioselectivo puede emplearse, con las debidas precauciones, en pacientes con enfermedades crónicas obstructivas de las vias respiratorias. Sin embargo, en ciertos pacientes asmáticos puede provocar un aumento de la resistencia de las vías respiratorias. Por lo general, este broncoespasmo puede contrarrestarse administrando un broncodilatador adrenérgico. El acebutolol puede enmascarar los sintomas de una hipoglucemia e influir sobre el metabolismo de los hidratos de carbono. Se administrará con precaución a diabéticos. Si el paciente ha de ser sometido a una intervención quirúrgica se informará previamente al anestesiólogo acerca del tratamiento que está recibiendo; si se decide suspender el medicamento antes de la intervención, la retirada será gradual v tendrá que hacerse 48 horas antes de la misma. Si por el contrario se continúa con el tratamiento. deberán evitarse los anestésicos con mayor actividad depresora cardíaca, como el ciclopropano, tricloroetileno o éter. No se administrará a pacientes con insuficiencia cardíaca hasta que ésta haya sido debidamente controlada. La Hidroclorotiazida puede producir un aumento de la excreción de potasio que deberá contrarrestarse, caso necesario, con un sunlemento de este ion. En tratamientos prolongados la clorotiazida puede reducir la excreción de ácido úrico, originando un ataque de gota en pacientes predispuestos. Esta especialidad contiene lactosa. Se han descrito casos de intolerancia da este componente en niños y adolescentes, originando cuadros de diarreas complicadas con infección intestinal, deshidratación y acidosis. De presentarse esos sintomas deberá interrumnirse inmediatamente el tratamiento INTERACCIONES: Los diuréticos pueden disminuir la eliminación renal de litio. En pacientes tratados con carbonato de litio se controlará cuidadosamente el nivel sérico de dicho elemento. Puede potenciar la acción de los antidepresivos triciclicos e inhibidores de la MAO. Al igual que los demás betabloqueantes, este fármaco no debe administrase junto con cardiodepresores antagonistas de calcio, de tipo del verapamil. La reserpina puede tener efecto aditivo con los betabloqueantes. En tratamientos conjuntos se vigilará al paciente para prevenir la hipotensión o bradicardia excesiva. Si el medicamento se administra junto con clonidina, la clonidina no debe suspenderse hasta pasados varios días de la retirada del betabloqueante. INTOXICACION: La ingestión masiva accidental del producto puede ser motivo de un cuadro clinico definitivo por bradicardia marcada o hipotensión. En tal caso, se administrará 1 a 2 mg. de atropina por via endovenosa y, si el efecto es insuficiente, se administrarán sustancias hipertensoras, como la isoprenalina. También puede darse glucagón (10 mg. via I.V.) como estimulante cardíaco. Se vigilará el equilibrio electrolítico y se tomarán medidas correctoras que sean precisas para mantenerlo. PRESENTA-CION Y P.V.P.: Envase calendario de 28 comprimidos, 1.319 Ptas. (IVA incl.), y envase calendario de 56 comprimidos, 2.630 Ptas. (IVA incl.). Con receta médica. Manténgase fuera del alcance de los niños.



- 7. Rodrigues M y Shields JA. Iris metastasis from a bronchial carcinoid tumor. Arch Ophthalmol 96: 77-83, 1978.
- Talegaonkar SK. Anterior uveal tract metastasis. Brit J Ophthalmol 53: 123-126, 1969.
- Sierock JS, Charles NC, Schafrank M y Wittes RE. Carcinoma metastatic to the anterior ocular segment. American Cancer Society 45: 2.521-2.523, 1980.
- Wyzinski P, Rootman J y Wood W. Simultaneous bilateral iris metastasis from renal cell carcinoma. AM J Ophthalmol 92: 206-209, 1981.
- 11. Elgio K v Opsahal R. Metastasis to the chamber angle from mucoid breast carcinoma. Acta Ophthalmol 42: 883,
- 12. Denslow GT and Kielar RA. Metastatic adenocarcinoma to the anterior uvea and increased carcinoembryonic antigen levels. Am J Ophthalmol 85: 363-367,
- 13. Levine RA y Williamson DC. Metastatic carcinoma simulating a postoperative endophthalmitis. Arch Ophthalmol 83: 59-60, 1970.
- Woog JJ, Chess J, Albert DM, Dueker DK, Berso FG y Craft J. Metastatic carcinoma of the iris simulating iridocyclitis. Brit J Ophthalmol 68: 167-173, 1984.
- 15. Scholz R, Green WR, Banamo EC et al. Metastatic carcinoma to the iris. Diagnosis by agneous paracentesis and response to irradiation and chemotherapy. Ophthalmology 90: 1.524-1.527,

TRABECULECTOMY FOR SECONDARY GLAUCOMA DUE TO UVEAL METASTASIS OF BREAST **CARCINOMA**

Summary

A 40 year old female presented with secondary glaucoma and loss of vision due to anterior pole metastasis of breast carcinoma.

Trabeculectomy was performed after chemotherapy failed to control the uveal metastases. Ocular pressure control was obtained post-surgically and resulted in excellent visual rehabilitation during the next ten months prior to her demise.