



ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA

www.elsevier.es/ofthalmologia



Comunicación corta

Quemosis conjuntival bilateral como síntoma de adenocarcinoma suprarrenal[☆]

J. Paz Moreno-Arrones* y M.Á. Montes-Mollón

Departamento de Oftalmología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad de Alcalá, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de agosto de 2010

Aceptado el 22 de febrero de 2011

On-line el 19 mayo 2011

Palabras clave:

Edema

Adenocarcinoma

Suprarrenal

Quimioterapia

Metástasis

R E S U M E N

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 67 años que acude por edema conjuntival bilateral resistente a tratamiento tópico con antibióticos antiinflamatorios. Tras un completo examen sistémico llegamos al diagnóstico de adenocarcinoma suprarrenal que fue tratado mediante cirugía y quimioterapia, tras los cuales la quemosis mejoró. Desafortunadamente, la paciente falleció por insuficiencia respiratoria debido a metástasis.

Conclusión: Se destaca la necesidad de realizar un examen exhaustivo y completo por el oftalmólogo en casos de pacientes con edema conjuntival bilateral no respondedores a tratamiento tópico con antibióticos y antiinflamatorios, para descartar enfermedades sistémicas potencialmente graves.

© 2010 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Bilateral conjunctival oedema as a symptom of adrenal adenocarcinoma

A B S T R A C T

Clinical case: We present a case of a 67-year-old female suffering for bilateral conjunctival oedema that did not improve with antibiotic and antiinflammatory treatment. After a complete systemic examination she was diagnosed with an adrenal adenocarcinoma and treated by surgery and chemotherapy. The conjunctival chemosis subsequently improved. Unfortunately the patient died of respiratory failure due to metastasis.

Conclusion: We emphasise the need of an exhaustive and complete examination by the ophthalmologist in cases of non-responders to topical antibiotic and antiinflammatory treatment in patients with bilateral conjunctival oedema, in order to make a correct diagnosis of systemic potentially lethal diseases.

© 2010 Sociedad Española de Oftalmología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Oedema

Adenocarcinoma

Adrenal

Chemotherapy

Metastasis

[☆] Presentado en el 85 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javier.paz.moreno@hotmail.com (J. Paz Moreno-Arrones).

0365-6691/\$ – see front matter © 2010 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ofthal.2011.02.007

Introducción

La quemosis conjuntival tanto localizada como difusa puede presentarse como signo en distintas enfermedades oftalmológicas o sistémicas como inflamatorias, alérgicas, etc.

Los tumores adrenales corticales se presentan en la población con una prevalencia de al menos el 3% en mayores de 50 años¹. El *screening* de síndrome de Cushing es apropiado en aquellos pacientes diabéticos que presentan mal control de la glucemia, ya que más del 2% de esta población presenta dicha entidad².

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 67 años que acude a Urgencias por edema conjuntival bilateral de 3 semanas de evolución, tras haberse tratado con lágrimas artificiales y pomada antibiótico-corticoidea tópica durante este periodo de tiempo sin mejoría. Como antecedentes personales destacaba una hipertensión arterial en tratamiento farmacológico, diabetes mellitus de difícil control y candidiasis oral de reciente diagnóstico.

A la exploración oftalmológica se objetivó una quemosis conjuntival bilateral con lagrimeo intenso (fig. 1), siendo el resto de la exploración oftalmológica normal. La paciente refirió haber perdido 5 kg en las 2 últimas semanas, una sensación de hinchazón generalizada sobre todo en la cara junto con astenia y prurito generalizado.

Tras una exploración sistémica se le diagnostica de sospecha de síndrome de Cushing. Los análisis hormonales revelaron una ACTH de 3 pg/mL (normal 10-55), cortisol plasmático basal de 35,3 mcg/dL y cortisol libre urinario (CLU) de 632 mcg/24 h (normal <180). La radiografía y la tomografía axial computarizada (TAC) de tórax fueron normales. En la TAC abdominal se le objetivó una masa adrenal izquierda de 8,2 x 5,4 cm, sugestiva de carcinoma adrenal, sin adenopatías locorregionales (fig. 2).

Dada la evolución clínica, se decidió iniciar tratamiento con ketoconazol 400 mg/día previo a la cirugía con el objetivo de inhibir la secreción de cortisol suprarrenal, realizándose la exéresis de la tumoración adrenal junto con disección de la grasa circundante, presentando una resolución completa de la quemosis (fig. 3).

La histología de la tumoración adrenal se informó como «carcinoma de la corteza suprarrenal con extensa zona de necrosis con actividad proliferativa, que infiltra la cápsula que la rodea invadiendo los vasos linfáticos pericapsulares». Tras una primera pauta de quimioterapia con cisplatino-etopósido, se le diagnosticó, 3 meses después, mediante una



Figura 1 – Imagen en la que se aprecia el edema conjuntival bilateral, sobre todo en el área nasal.

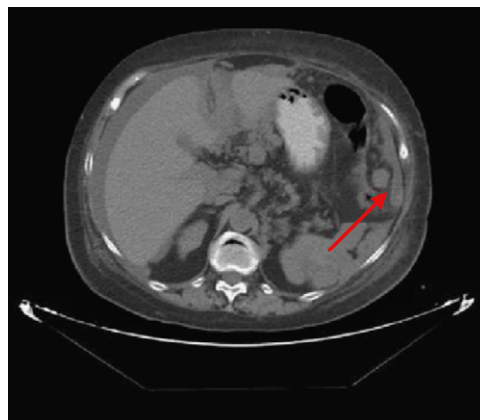


Figura 2 – En la tomografía axial computarizada abdominal se puede visualizar la masa suprarrenal izquierda (flecha).



Figura 3 – Tras el tratamiento quirúrgico y médico adecuado se aprecia la regresión de la quemosis conjuntival en ambos ojos.

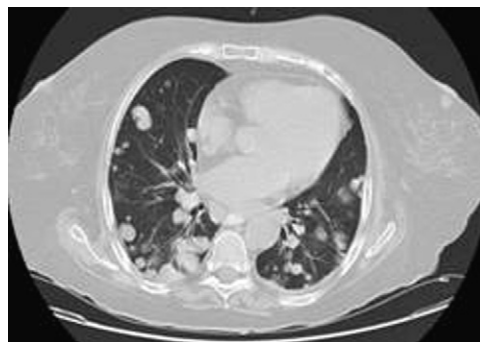


Figura 4 – En la tomografía axial computarizada torácica se puede visualizar la «suelta de globos» derivada del tumor suprarrenal.

TAC toraco-abdomino-pélvica múltiples metástasis pulmonares bilaterales en ambos hemitórax (fig. 4) y una recidiva local a nivel suprarrenal izquierdo, por lo que recibió tres ciclos quimioterápicos con ciclofosfamida, adriamicina y vincristina, sin mejoría, con progresión de la insuficiencia respiratoria y cardíaca, iniciándose tratamiento con taxol semanal durante 2 meses (quimioterápico antineoplásico), falleciendo debido a la insuficiencia respiratoria progresiva que presentaba.

Discusión

La quemosis conjuntival bilateral es un hallazgo clínico frecuente en la práctica clínica diaria, caracterizado por la presencia de un exceso de líquido en la conjuntiva. Típicamente

es una entidad clínica autolimitada o reversible y poco específica; no obstante, ante un cuadro clínico de edema conjuntival persistente, la exploración debe incluir, además de un examen oftalmológico completo, hemograma y bioquímica y neuroimagen con el fin de confirmar una posible obstrucción del drenaje venoso o linfático debido por ejemplo, a un síndrome de vena cava superior o a una fístula carótido-cavernosa. En nuestro caso, no fue realizada. Desde un punto de vista diagnóstico, se puede realizar una biopsia conjuntival³, ya que, como en nuestro caso, existen algunas enfermedades sistémicas que pueden tener una importante repercusión visual e incluso afectar a la supervivencia del paciente, que podrán ser diagnosticadas en una biopsia conjuntival.

La etiopatogenia exacta de esta condición edematosa no está del todo clara. Entre los distintos mecanismos causales que se han propuesto destacan estímulos vasogénicos, citotóxicos o un desbalance del equilibrio hidro-electrolítico debido al aumento de cortisol circulante.

Frecuentemente, el diagnóstico del síndrome de Cushing no puede ser realizado basándose en hallazgos clínicos exploratorios, ya que no todos los síntomas están presentes de manera florida en todos los pacientes. Aquellos que presentan un exceso de hormonas esteroideas de origen adrenal presentan, como rasgo predominante, un brusco establecimiento del síndrome de Cushing con o sin signos de virilización⁴.

Previo a la cirugía tumoral, tratamiento de elección, es mandatario realizar un estudio endocrino completo y de imagen cráneo-toraco-abdominal de extensión, además de descartar también la presencia de un feocromocitoma⁵. Debido a los niveles variables de hipercortisolemia y al rápido desarrollo reproductivo de los carcinomas adrenales, el cuadro clínico del síndrome de Cushing frecuentemente es frustrante, como ocurrió en nuestro paciente.

Sin embargo, reacciones locales oftalmológicas del tipo de conjuntivitis o quemosis conjuntival, como una posible manifestación de síndrome de Cushing, es excepcional. Revisando la literatura publicada hasta el momento, este es el único caso de sospecha oftalmológica de un síndrome de Cushing por carcinoma adrenal.

En conclusión, preconizamos un estudio exhaustivo y completo en aquellos pacientes con edema conjuntival bilateral no respondedores a tratamiento tópico convencional (antibióticos y antiinflamatorios), con el fin de realizar un diagnóstico precoz de enfermedades sistémicas potencialmente graves.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wajchenberg BL, Albergaria Pereira MA, Medonca BB, Latronico AC, Campos Carneiro P, Alves VA, et al. Adrenocortical carcinoma: clinical and laboratory observations. *Cancer*. 2000;88:711-36.
2. Catargi B, Rigalleau V, Poussin A, Ronci-Chaix N, Bex V, Vergnot V, et al. Occult Cushing's syndrome in type-2 diabetes. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003;88:5808-13.
3. Kalin NS, Orlin SE, Wulc AE, Heffler KF, Frayer WC, Sulewski ME, et al. Chronic localized conjunctival chemosis. *Cornea*. 1996;15:295-300.
4. Balasubramaniam S, Fojo T. Practical considerations in the evaluation and management of adrenocortical cancer. *Semin Oncol*. 2010;37:619-26. Review.
5. Fassnacht M, Kenn W, Allolio B. Adrenal tumors: how to establish malignancy? *J Endocrinol Invest*. 2004;27:387-99.