

# Adenocarcinoma suprarrenal y quemosis conjuntival crónica bilateral

## *Adrenal adenocarcinoma and chronic bilateral conjunctival chemosis*

AMESTY MORELLO MA<sup>1</sup>, RIVERA RUIZ E<sup>2</sup>, HIJÓS GASTÓN M<sup>3</sup>,  
VALVERDE ALMOHALLA S<sup>4</sup>, ENCINAS MARTÍN JL<sup>5</sup>

### RESUMEN

**Caso clínico:** Mujer de 56 años de edad que presenta en la exploración quemosis conjuntival, epífora y edema palpebral bilateral de 2 meses de evolución, que no cede tras el tratamiento tópico antibiótico y anti-inflamatorio. El estudio hormonal muestra hipercortisolemia e hipercortisoluria y el estudio de imágenes revela una masa suprarrenal con metástasis en el hígado y huesos, cuya histología es compatible con adenocarcinoma suprarrenal. La conjuntivocalasia fue intervenida quirúrgicamente, con una mejoría de los síntomas oculares.

**Discusión:** La etiología exacta de estos cambios oculares no está del todo clara. Se han propuesto diferentes mecanismos causales, entre ellos estímulos vasogénicos, estímulos citotóxicos o la alteración del equilibrio hidroelectrolítico como consecuencia del aumento del cortisol. Otros autores postulan una etiología paraneoplásica. El tratamiento quirúrgico de la quemosis conjuntival puede resolver las molestias y mejorar la calidad de vida de estos pacientes, teniendo en cuenta la falta de respuesta a los tratamientos tópicos habituales.

**Palabras clave:** Quemosis, conjuntivocalasia, edema palpebral, cortisol, adenocarcinoma suprarrenal.

### ABSTRACT

**Case report:** 56-year-old woman with a 2-month history of conjunctival chemosis, epiphora and bilateral palpebral edema that did not subside with usual treatment of antibiotics and anti-inflammatory drugs. Hormonal study evidenced hypercortisolemia and hypercortisoluria, and image study revealed an adrenal mass. Histological study revealed adrenal adenocarcinoma with liver and bone metastases. Chemosis and conjunctivocalasia were surgically treated, with marked improvement in ocular symptoms.

---

Departamento de Oftalmología, Hospital Universitario Puerta de Hierro. Universidad Autónoma de Madrid. España.

<sup>1</sup> Residente de Oftalmología. Hospital Puerta de Hierro.

<sup>2</sup> Residente de Oftalmología. Hospital Puerta de Hierro.

<sup>3</sup> Médico Adjunto de Oftalmología. Sección de Oculoplástica. Hospital Puerta de Hierro.

<sup>4</sup> Médico Adjunto de Oftalmología. Sección de Retina. Hospital Puerta de Hierro.

<sup>5</sup> Jefe del Servicio de Oftalmología, Hospital Puerta de Hierro. Presidente de la Sociedad Madrileña de Oftalmología.

Correspondencia:

Dra. M. Alejandra Amesty aleamesty@gmail.com  
Avenida Monasterio de Silos 24. Portal E Bajo C.  
28049 Madrid

**Discussion:** The exact etiology of this edematous condition is unclear. Different causes have been proposed, among them vasogenic stimuli, cytotoxic stimuli, or alteration of electrolyte balance. Other authors support a paraneoplastic etiology of these changes. Surgical treatment of this condition can solve symptoms and improve quality of life in these patients.

**Key Words:** Chemosis, Conjunctivochalasis, Palpebral edema, Cortisol, Adrenal adenocarcinoma.

La quemosis conjuntival, tanto localizada como difusa, puede presentarse como signo clínico en diversas enfermedades tanto oftalmológicas como sistémicas, entre ellas enfermedades inflamatorias, alérgicas, etc. (1). Sin embargo, la correlación clínico-patológica entre este signo oftalmológico y el adenocarcinoma suprarrenal, según nuestro conocimiento, sólo se describe en la literatura en un caso clínico publicado similar al nuestro, y normalmente no se considera un signo frecuente en este tipo de tumores. Pero el observar la presentación de este hallazgo clínico en dos casos nos hace pensar en la probable relación de este tumor con la orbitopatía en cuestión.

## CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 56 años de edad con hipertensión mal controlada y múltiples

fracturas osteoporóticas, con diagnóstico de metástasis óseas en ausencia de tumor primario diagnosticado.

En la exploración oftalmológica se observa quemosis conjuntival, epífora, conjuntivochalasis y edema palpebral bilateral (fig. 1) de dos meses de evolución, sin pérdida de visión asociada y con presión intraocular de 14 mm Hg en ambos ojos. En la fundoscopia, aumento del calibre venoso y tortuosidad vascular en ambos ojos, con pequeña hemorragia en llama en arcada superonasal de ojo izquierdo. La paciente había estado en tratamiento durante 2 meses con colirio de Dexametasona sin observar mejoría.

Debido a las molestias oculares por el lagofthalmos secundario a la quemosis conjuntival, la paciente es intervenida quirúrgicamente de la quemosis-conjuntivochalasis, retirando el exceso de conjuntiva. Se envían muestras a anatomía patológica, que muestra



Fig. 1: A. Paciente antes de tratar. 1B. y 1C. Paciente posterior al tratamiento.

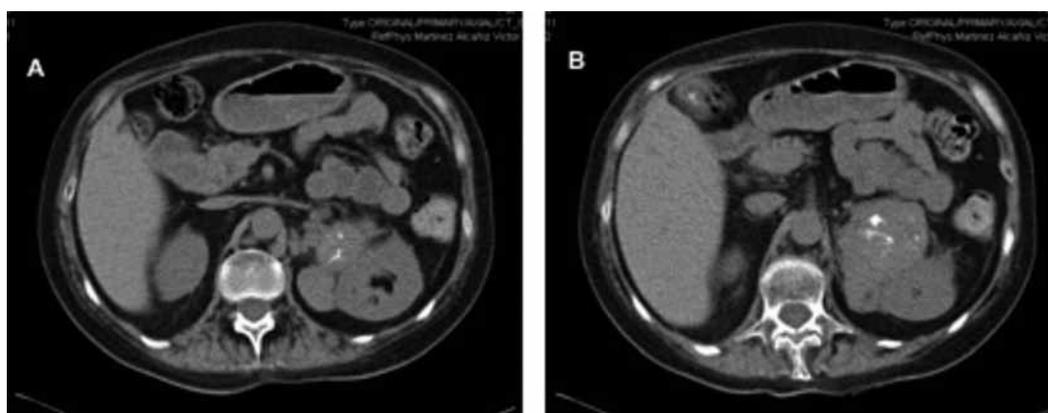


Fig. 2: A-B.  
TC que muestra  
tumoración  
suprarrenal.

ron una mucosa conjuntival con ectasia vascular de linfáticos y vasos hemáticos, algún microtrombo y presencia de hematíes extravasados al intersticio (Mucosa conjuntival con telangiectasias capilares y extravasación hemática al intersticio).

A los 4 días del postoperatorio, la paciente notaba clara mejoría de sus molestias y disminución de la quemosis y el edema periorbitario (fig. 1B-C).

Por otra parte, el estudio sistémico reveló un cortisol plasmático basal de 23 mg/dl, creatinina de 71 mg/dl, cortisol de 2,46 mcg/dl y cortisol urinario libre de 120,54 µg/24 horas, iniciándose el control del hipercortisolismo con ketoconazol 600 mg al día.

El TC orbitario fue normal, sin embargo, el TC torácico-abdominal (fig. 2) mostró una gran masa (9 x 6 x 7,5 cm) de contorno irregular, no infiltrante, en el polo superior del riñón izquierdo. También se observó afectación de ganglios linfáticos retroperitoneales alrededor del hilio renal, con características tumorales, y una lesión focal en el lóbulo derecho del parénquima hepático de 10 mm, hipervascular, sospechosa de lesión metastásica.

Tras la biopsia de estas lesiones el paciente fue diagnosticado de adenocarcinoma suprarrenal productor de cortisol, con afectación de ganglios retroperitoneales, metástasis en hígado y en hueso.

## DISCUSIÓN

La quemosis o edema conjuntival suele ser un hallazgo clínico autolimitado o reversible y poco específico, típico de procesos inflama-

torios benignos de la conjuntiva, tales como exposición, trauma, infección o alergias. La inflamación de estructuras adyacentes al ojo, como los párpados, la órbita, los senos paranasales y el sistema lagrimal, pueden contribuir también al edema conjuntival (2). Sin embargo, cuando este hallazgo perdura en el tiempo a pesar del correcto tratamiento antiinflamatorio tópico y sistémico, puede tratarse de un cuadro clínico en sí mismo llamado según algunos autores *Quemosis Conjuntival Localizada Crónica* (3) cuya etiopatogenia no está del todo clara.

En estos casos, la exploración debe incluir, además de un examen oftalmológico completo, hemograma, bioquímica, neuroimagen, así como estudio endocrinológico completo (4). Se debe descartar una posible obstrucción del drenaje venoso y linfático, como se observa en los casos de síndrome de la vena cava superior, fistula carótido-cavernosa, trombosis del seno cavernoso, metástasis orbitarias, entre otros. Igualmente es recomendable descartar alteraciones en la función tiroidea compatibles con orbitopatías por este motivo. En nuestra paciente se descartaron las enfermedades mencionadas anteriormente. Algunos autores establecen que la quemosis conjuntival crónica, por lo general muestra telangiectasias en la biopsia y creen que el edema es el resultado de una afectación del sistema linfático conjuntival (3).

Otros autores relacionan estos hallazgos oftalmológicos con una posible miositis orbitaria, como parte de un síndrome paraneoplásico (5), aunque la relación no está del todo clara. Hasta el 20% de los carcinomas renales presentan síndromes paraneoplásicos (6-8), causados por sustancias producidas por los

tumores parecidas a las hormonas (hormone-like) y por la formación de inmunocomplejos (9). Algunos de los síndromes paraneoplásicos asociados a los tumores renales son: retinopatía asociada al cáncer (CAR), síndrome de opsoclonus-mioclonus, miastenia gravis, neuropatía óptica, oclusión de vena central de la retina, etc. (10). Los que postulan el origen paraneoplásico de estos cambios recomiendan que los pacientes que no se ajusten al perfil de determinadas enfermedades orbitarias como la oftalmopatía tiroidea, sean sometidos a pruebas adicionales para descartar neoplasias malignas (11,12).

La etiopatogenia exacta de esta lesión edematosa no está del todo clara. Entre los distintos mecanismos causales que se han propuesto se encuentran: estímulos vasogénicos, citotóxicos o un desequilibrio hidroelectrolítico debido al aumento de cortisol circulante.<sup>1</sup>

Revisando la literatura publicada hasta el momento, la relación entre el síndrome de Cushing y sus manifestaciones oftalmológicas es excepcional (1), y tras una búsqueda bibliográfica extensa se trata del segundo caso que relaciona *quemosis conjuntival y adenocarcinoma suprarrenal*, según nuestro conocimiento.

## CONCLUSIÓN

Aunque la quemosis conjuntival está relacionada generalmente con patologías benignas oculares, abogamos por un estudio completo y exhaustivo en pacientes con edema conjuntival bilateral que no responde al tratamiento tópico convencional, con el fin de realizar un diagnóstico precoz de las enfermedades sistémicas potencialmente graves, como el adenocarcinoma suprarrenal. En algunos casos, la corrección quirúrgica de la conjuntivo-chalasis se puede hacer con el fin de mejorar la incomodidad que no se pue-

de resolver con el tratamiento tópico, lo que resulta en una mayor calidad de vida de estos pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Paz Moreno-Arrones J, Montes-Mollón MA. Quemosis conjuntival bilateral como síntoma de adenocarcinoma suprarrenal. *Arch Soc Esp Ophthalmol* 2011; 86(6): 196-198.
2. Duke Elder S. *Oedema: chemosis*. En System of ophthalmology. Diseases of the outer eye. Mosby: St. Louis 1965; 8: 42-46.
3. Kalin N, Orlin S, Wulc A, Heffler K, Frayer W, Sulewski M, et al. Chronic localized conjunctival chemosis. *Cornea* 1996; 15: 295-300.
4. Fassnacht M, Kenn W, Allolio B. Adrenal tumours: how to establish malignancy? *J Endocrinol Invest* 2004; 27: 387-399.
5. Eckel F, Ugi I, Schmidt T. A 44-year-old man with carcinoma of the cardia and paraneoplastic orbital involvement. *Dtsch med Wochenschr* 1998; 38: 1103-1106.
6. Blumenthal D, Schochet S, Gutmann L. Small-cell carcinoma of the lung presenting with paraneoplastic peripheral nerve microvasculitis and optic neuropathy. *Muscle Nerve* 1998; 21: 1358-1359.
7. Boghen D, Sebag M, Michaud J. Paraneoplastic optic neuritis and encephalomyelitis. Report of a case. *Arch Neurol* 1988; 45: 353-356.
8. De Luca S, Terrone C, Crivellaro S. Opsoclonus-myoclonus syndrome as a paraneoplastic manifestation of renal cell carcinoma. a case report and review of the literature. *Urol Int* 2002; 68: 206-208.
9. Gold P, Fefer A, Thompson J. Paraneoplastic manifestations of renal cell carcinoma. *Semin Urol Oncol* 1996; 14: 216-222.
10. Kurli M, Finger P. The kidney, cancer and the eye: Current concepts. *Surv Ophthalmol* 2005; 50: 507-518.
11. Spraul C, Lang G, Lang G. Orbital myopathy in metastatic malignant paraganglioma: a paraneoplastic syndrome?. *Klin Monbl Augenheilkd* 1996; 209: 153-157.
12. Harris G, Murphy M, Schmidt E. Orbital myositis as a paraneoplastic syndrome. *Arch Ophthalmol* 1994; 112(3): 380-386.