

DIAGNÓSTICO DEL MELANOMA DE COROIDES. A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

Dra. Maria Pastor Espuig¹ / Dra. Cristina Roig Salgado² / Dra. Eva Gloria Alias Alegre¹

¹ Facultativo Especialista de Área en Oftalmología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Facultativo Especialista de Área en Radiodiagnóstico. Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

El melanoma de coroides (MC) es el tumor intraocular más frecuente en adultos. La mayoría son asintomáticos presentándose como una tumoración pigmentada en el fondo de ojo, aunque también pueden ser amelanóticos. Es importante conocer esta lesión ya que tiene gran poder metastatizante y alta mortalidad.

Presentamos el caso de dos MC diagnosticados en el Servicio de Oftalmología del Hospital Obispo Polanco, siendo uno de ellos un melanoma amelanótico.

ABSTRACT

The choroidal melanoma (MC) is the most common intraocular tumor in adults. Usually they are asymptomatic and appears like a pigmented tumor in the fundus, but can also be amelanotic. It is important to know this pathology as it has a great metastasizing power and high mortality.

We present the case of two MC diagnosed in the Department of Ophthalmology Hospital Obispo Polanco, being one of them an amelanotic melanoma

INTRODUCCIÓN

El tumor intraocular más frecuente en adultos es el melanoma uveal. El 5% de todos los melanomas se localizan en el globo ocular, siendo la afectación coroidea la más frecuente (85%), seguidos del melanoma de cuerpo ciliar (10%) y melanoma del iris (5%). El MC afecta a 4.3 pacientes por millón, la edad media de presentación son 60 años, afecta más al sexo masculino y a la raza caucásica. El 25% de los MC son amelanóticos.

Los MC suelen ser asintomáticos y se descubren en una revisión rutinaria. La localización y el tamaño de los MC determinan los síntomas iniciales del paciente. Se pueden acompañar de visión borrosa, defecto del campo visual, desprendimiento de retina o deformación del cristalino por el tumor. Raramente pueden debutar como glaucomas pigmentarios unilaterales, uveítis crónicas, endoftalmítis o hemovítreos extensos.

El factor de riesgo más importante para desarrollar un MC es la presencia previa de un ne-

vus de Ota o un nevus coroideo¹. Los factores pronósticos de malignización de un nevus son: grosor mayor de 2 mm, presencia de líquido subretiniano, presencia de pigmento naranja, proximidad al nervio óptico (<3mm), presencia de sombra acústica en la eco, ausencia de halo, ausencia de drusas².

En el fondo de ojo se presentan como una masa pigmentada en la retina profunda aunque entre el 15- 25% de los casos son amelanóticos¹.

El diagnóstico se basa en la exploración oftalmológica. La ecografía tanto en modo A como B, la angiografía con fluoresceína, angiografía con verde de indocianina, la tomografía de coherencia óptica (OCT) y la punción con aguja fina pueden ayudar en el diagnóstico en los casos difíciles.

La tasa de mortalidad a 5 años es del 30%. La causa más frecuente de muerte son las metástasis a distancia y su extensión escleral. La supervivencia se relaciona estrechamente con el tamaño del tumor al diagnóstico y la monosomía de cromosoma 3 en el análisis citogenético del tumor.

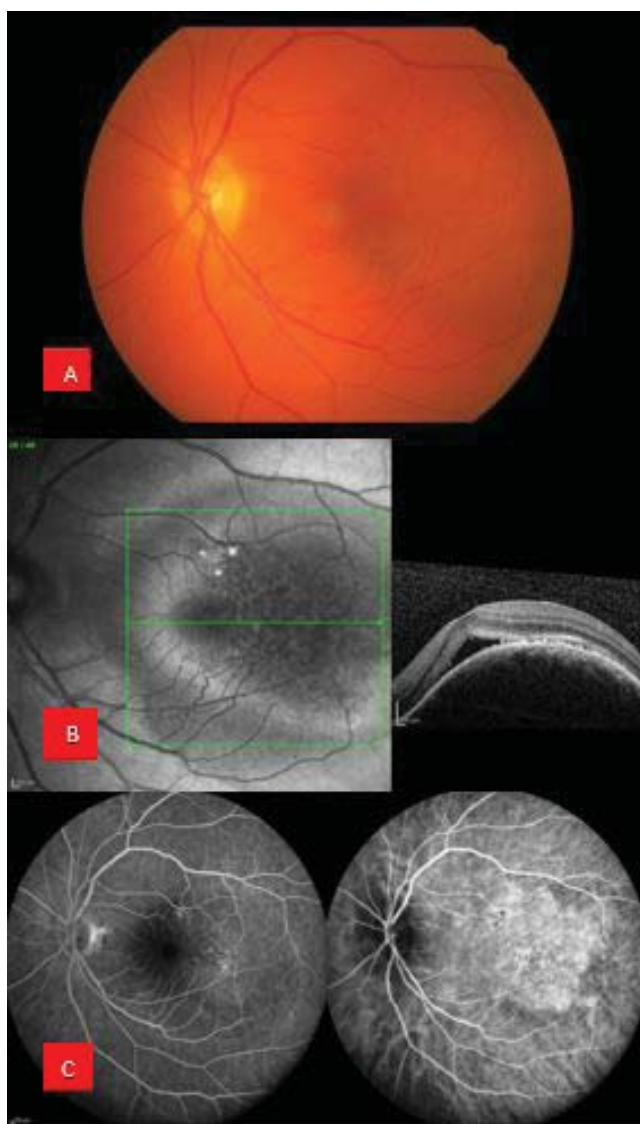


Fig. 1. A: Fondo de ojo donde se observa lesión hipopigmentada. B: OCT con efecto masa y DEP submacular. C: Angiografía con fluoresceína y con verde de indocianina. Ausencia de vascularización de la lesión.

CASOS CLÍNICOS

Mujer de 59 años que consulta por pérdida de visión en su ojo izquierdo (OI). La agudeza visual (AV) de su ojo derecho (OD) es de 1.0 y en su OI de 0.6. En el fondo de ojo se observa una masa no pigmentada localizada hacia el lado temporal que afecta a la mácula (Fig. 1-a). En la OCT se observa un desprendimiento del epitelio pigmentario submacular y el efecto masa de la tumoración coroidea (Fig. 1-b) Se realizó también una angiografía con fluoresceína y con verde de indocianina que sólo evidenció puntos hiperfluorescentes por encima del epitelio pigmentario de la retina sin exudación y la localización coroidea de la lesión (Fig. 1-c). Ante la duda diagnóstica

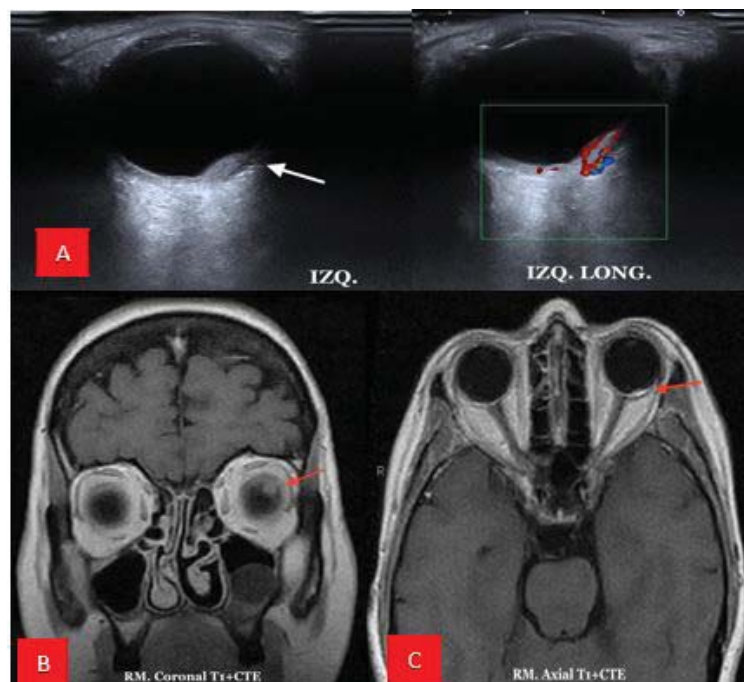


Fig. 2. A: Ecografía modo B. Morfología lenticular de la lesión, presenta vascularización. B: RMN Realce homogéneo de la lesión. C: RMN Lesión hiperintensa que presenta intenso realce homogéneo tras la administración de gadolinio.

entre hemangioma coroideo, metástasis o MC se solicitó una ecografía modo B y una resonancia magnética nuclear (RMN) orbitaria. La ecografía modo B mostraba una lesión expansiva sólida y bien definida de morfología lenticular ecogénica y sobre-elevada, localizada en región pósterotemporal izquierda próxima al nervio óptico (Fig. 2-a). La RMN orbitaria con contraste evidenció un realce homogéneo de la lesión expansiva en la región pósterosuperior del globo ocular izquierdo y que tras la administración de gadolinio presentó un intenso realce homogéneo (Fig. 2-b). No se encontró extensión extraconal. La primera sospecha diagnóstica tras todas las pruebas fue un melanoma coroideo amelanótico de pequeño tamaño. Se remitió al hospital de referencia que confirmó el diagnóstico y la paciente fue tratada con una placa de braquiterapia.

Varón de 55 años que acude por pérdida de campo visual en su OD. La AV en OD era de 0.4 y de 1.0 en OI. En el fondo de ojo se observó una gran tumoración pigmentada superior que producía un desprendimiento exudativo retiniano (Fig. 3-a). La angiografía con fluoresceína (Fig. 3-c) y con verde indocianina (Fig. 3-d) mostraron la vascularización de la lesión y la localización coroidea de la misma compatible con un MC. La

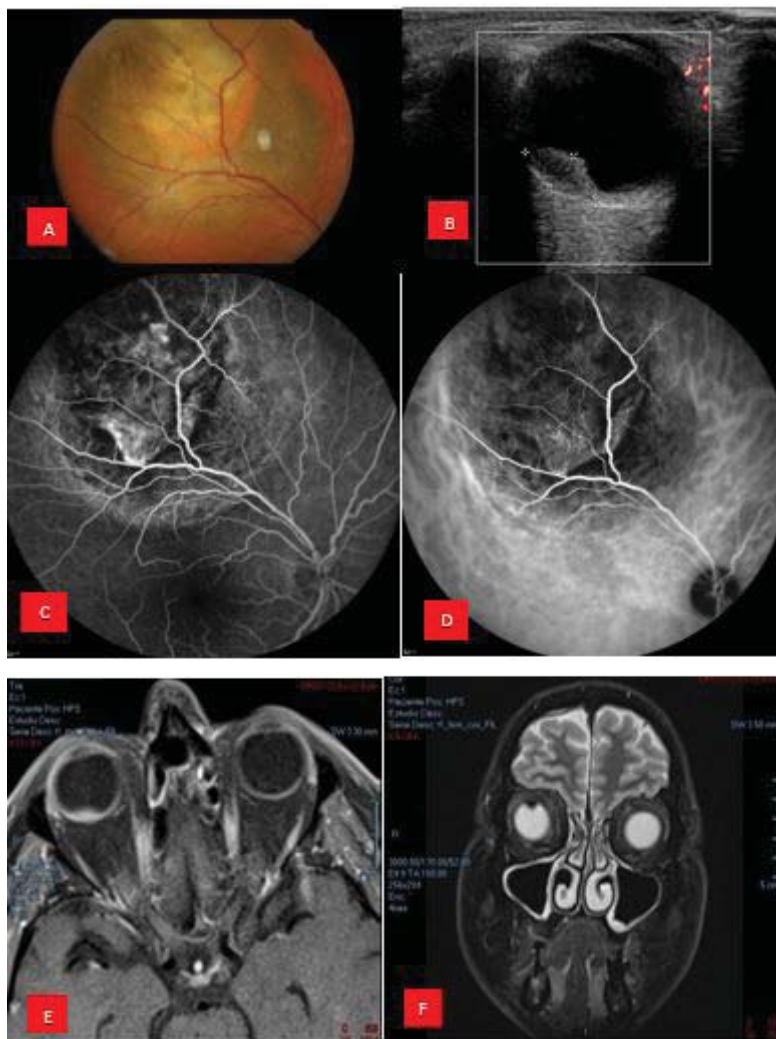


Fig. 3. A: Lesión situada superior pigmentada con desprendimiento exudativo de retina asociado. B: Ecografía: lesión lenticular engrosando coroides C: Angiografía con fluoresceína muestra la lesión coroidea con su vascularización y alteración del epitelio pigmentario perilesional. D: Angiografía con verde de indocianina que muestra la vascularización del tumor. E: RMN lesión hiperintensa en pt1. F: Lesión muy hipointensa en pt2.

RMN orbitaria demostró un patrón de señal hiperintenso en pT1 y muy hipointenso en pT2 tras la administración de gadolinio lo que confirmaba el primer diagnóstico de sospecha. (Fig. 3-e-f) El estudio de extensión fue negativo. El paciente fue remitido al hospital de referencia donde se le trató con placa de braquiterapia.

DISCUSIÓN

Aunque la exploración oftalmológica es el principal método diagnóstico, tanto la ecografía como la RMN son de ayuda tanto para el diagnóstico como para el estudio de extensión. La ecografía con sonda lineal de alta frecuencia es una

técnica eficaz, barata y fácilmente disponible útil para la valoración de los melanomas intraoculares. En modo B, permite una adecuada valoración de la localización, la morfología, la biometría y la ecogenicidad del tumor tanto en el momento del diagnóstico como durante el seguimiento. Constituye una herramienta precisa para asegurar el diagnóstico de melanoma coroideo y para valorar las dimensiones del tumor³.

La presentación típica del MC es el de una lesión pigmentada lobulada que en ecografía modo B adopta la forma patognomónica de champiñón siendo más sencillo su diagnóstico. Cuando la tumoración todavía no ha roto la membrana de Bruch se presenta de forma lenticular o de moneda engrasando la coroides.

La ecografía presenta limitaciones para valorar la extensión extraescleral. Además, la presencia de vasos congestionados, la inserción de la musculatura extraocular y la inflamación en el espacio sub-Tenon pueden confundirse con el crecimiento extraescleral, de ahí que cuando se sospeche, sea necesaria la realización de una RMN complementaria.

El TC y sobre todo la RMN, se indican para el estudio de la extensión extraocular. No obstante, la RMN puede ser muy útil en el diagnóstico, sobre todo de lesiones de coroides anterior o cuerpo ciliar menos accesibles a la oftalmoscopia o si el vítreo es opaco, como a menudo ocurre por presencia de hemorragia. Las lesiones de más de 3 mm se identifican bien con TC y RM.

La presentación típica del MC en la RMN es de una lesión con patrón de señal hiperintenso en pT1 y muy hipointenso en pT2 debido a las propiedades paramagnéticas de la melanina. Existe una buena correlación entre la intensidad de la señal en pT1 y en pT2 y el grado de pigmentación del tumor. Aunque los melanomas amelanóticos suelen ser hiperintensos en pT1 e hipointensos en pT2 por su alta densidad celular, pueden presentar una señal que se solapa con las de otras lesiones uveales como las metástasis. Es un reto diagnóstico un melanoma amelanótico pequeño.

La RMN es útil tanto en lesiones coroideas pequeñas para descartar entre otros diagnósticos diferenciales como en el caso 1 y en lesiones grandes para confirmar el diagnóstico y valorar la extensión extraescleral como en el caso 2. Ade-

más permite valorar el volumen del tumor para seguimiento y control de la placa de braquiterapia. Ayuda en el diagnóstico de complicaciones asociadas al tumor como desprendimiento de retina, cambios en el humor vítreo o necrosis o hemorragia quística. En cambio, la RMN no permite una buena valoración si la lesión es menor de 2 mm ni en melanomas amelanóticos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Shield LC, Kels, Jerry A. Shields. Melanoma of the eye: Revealing hidden secrets, one at a time. *Clinics in Dermatology* (2015) 33, 183–196.
- 2.- Shields CL, Furuta M, Berman EL, et al. Choroidal nevus transformation into melanoma. Analysis of 2514 consecutive cases. *Arch Ophthalmol.* 2009;127:981-987.
- 3.- Hawkins BS1; Collaborative Ocular Melanoma Study Group The Collaborative Ocular Melanoma Study (COMS) randomized trial of pre-enucleation radiation of large choroidal melanoma: IV. Ten-year mortality findings and prognostic factors. COMS report number 24. *Am J Ophthalmol.* 2004 Dec;138(6):936-51.