

# Melanoma coroideo epitelioides. De la fotopsia a la metástasis

## *Epithelioid choroidal melanoma. From photopsia to metastasis*

ROCHA CABRERA P<sup>1</sup>, LOSADA CASTILLO MJ<sup>2</sup>, LOZANO LÓPEZ V<sup>1</sup>,  
QUIJADA FUMERO E<sup>2</sup>, SERRANO GARCÍA MA<sup>2</sup>

### RESUMEN

**Caso clínico:** Mujer de 58 años, remitida para estudio de dos lesiones neoforativas hiperpigmentadas coriorretinianas. Ecográficamente observamos lesión con baja reflectividad coroidea sospechosa de melanoma coroideo y confirmada en la RMN. Angiográficamente lesión de aspecto apolillado. Oncología médica realiza el estudio de extensión que fue normal y se decide enucleación. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de melanoma epitelioides de 18 mm. Tres meses después realiza metástasis hepática masiva.

**Discusión:** El melanoma epitelioides es muy agresivo y provoca metástasis a distancia de forma precoz. No existe ningún patrón angiográfico patognomónico. Aunque realicemos enucleación no evitamos la diseminación incluso podemos favorecerla.

**Palabras claves:** Melanoma, coroides, metástasis, enucleación.

### SUMMARY

**Case report:** 58-year-old woman was referred for evaluation of two neoforactive hyperpigmented chorioretinal lesions. Ultrasonography revealed low reflectivity choroidal lesion suspicious of choroidal melanoma and confirmed by MRI. Angiographically we found a lesion with moth-eaten appearance. The Oncology Service performed the extension study that was normal and decided enucleation. Pathology confirms the diagnosis of 18 mm epithelioid melanoma. Three months later the patient developed massive liver metastasis.

**Discussion:** The epithelioid melanoma is very aggressive and causes early distant metastasis. There is no pathognomonic angiographic pattern. Even though enucleation is performed, it does not avoid tumour spreading, and it can even favour it.

**Keywords:** Melanoma, choroid, metastasis, enucleation.

---

Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España.

<sup>1</sup> Licenciado en Medicina. Servicio de Oftalmología.

<sup>2</sup> Doctor en Medicina. Servicio de Oftalmología.

Correspondencia:

Pedro Rocha Cabrera

Hospital Universitario de Canarias (Servicio de Oftalmología)

Carretera La Cuesta-Taco, s/n

38320 La Laguna (Tenerife), España

procha975@yahoo.es

## INTRODUCCIÓN

El melanoma de coroides es el tumor intraocular primario maligno más frecuente y el segundo tipo de melanoma maligno primario más común en el organismo con una prevalencia de 7 casos/millón de personas/año (1). La edad media en el momento del diagnóstico es de 60 años y es más frecuente en la raza caucásica (2,3). Según diferentes series estadísticas, el 80-90% de los melanomas uveales aparecen en la úvea posterior. Hay tres patrones histológicos del melanoma ocular, los de células fusiformes con escaso pleomorfismo y pocas mitosis, en los que la supervivencia a los 10 años es aproximadamente del 90%, los epitelioides constituidos por células grandes con pleomorfismo y abundantes mitosis en los que se asocia una supervivencia del 35% a los 10 años (5) y las formas mixtas con una malignidad intermedia siendo los más frecuentes (85% de los casos) (1). La mayoría de los melanomas uveales realizan metástasis primero en el hígado, con una tasa de mortalidad acumulada del 40% a los 10 años y aumento de un 1% por cada año siguiente (4).

El Estudio de Colaboración del Melanoma Ocular (COMS) definió los melanomas grandes como aquellos de más de 16 mm de diámetro basal o más de 10 mm de grosor, los medianos 3-10 mm de grosor y menos de 16 mm de diámetro basal (1) y los de pequeño tamaño 1-3 mm de altura y menos de 5 mm de diámetro basal (6). Según el tamaño tumoral realizaremos el tratamiento oportuno, en los grandes enucleación (7), en los de mediano tamaño radioterapia o enucleación (8) y en los de pequeño tamaño observación estrecha.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 58 años de edad, sin antecedentes personales de interés, acude a oftalmólogo de zona refiriendo fofopsias de dos meses de evolución en ojo izquierdo, la exploración inicial es de agudeza visual de unidad en ojo derecho y de 0,9 en ojo izquierdo, con una biomicroscopía normal y en la funduscopia

de ojo izquierdo dos lesiones neoforativas hiperpigmentadas a nivel retinocoroideo temporal de ojo izquierdo (fig. 1), por lo que es remitida a nuestro hospital para estudio.

Se realiza ecografía ocular (fig. 2) observando una lesión de 4,7 x 11,66 mm de baja reflectividad que invade coroides y respeta esclera con desprendimiento exudativo secundario (fig. 3). Angiográficamente lesiones de aspecto apolillado. En la RMN craneal se visualizan dos lesiones coroideas hiperintensas en T1 e hipointensas en T2 (figs. 4 y 5). Todo ello sugestivo de melanoma coroideo. Oncología médica realiza estudio de extensión siendo negativo.

La paciente es enviada a un centro de referencia donde se realiza enucleación. La anatomía patológica informa de melanoma epiteliode (fig. 6) con infiltración del tercio interno de la esclera de 18 mm de base. Un mes después de la cirugía comienza con cuadro

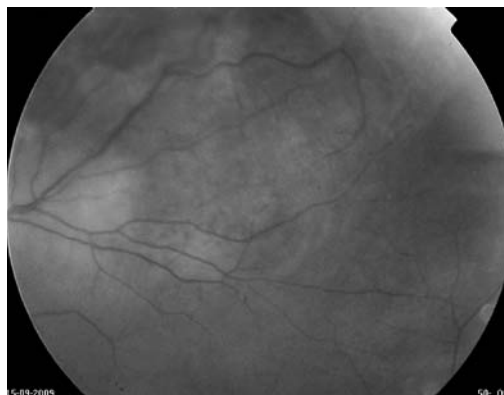


Fig. 1: Retinografía OI donde se visualizan lesiones retinianas.

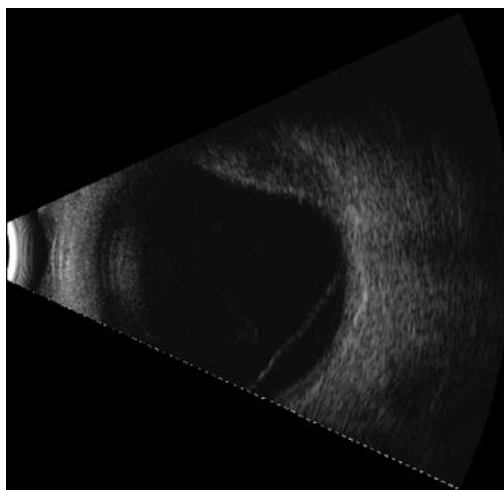


Fig. 2: Ecografía OI apreciándose la lesión con desprendimiento exudativo asociado.

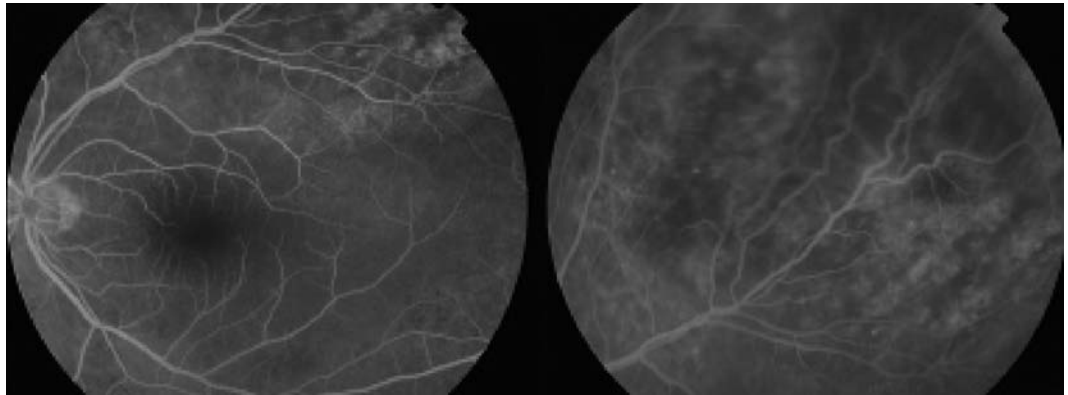


Fig. 3:  
Angiografía OI  
con patrón  
apolillado de la  
lesión.

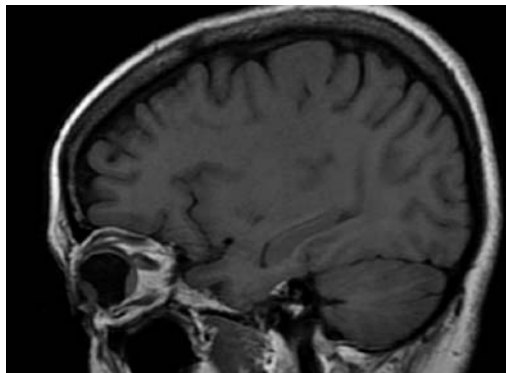


Fig. 4: RMN  
craneal de la  
región orbitaria en  
T1.

constitucional, valores de transaminasas elevados y ecografía abdominal con múltiples lesiones ocupantes de espacio (LOES) hepá-

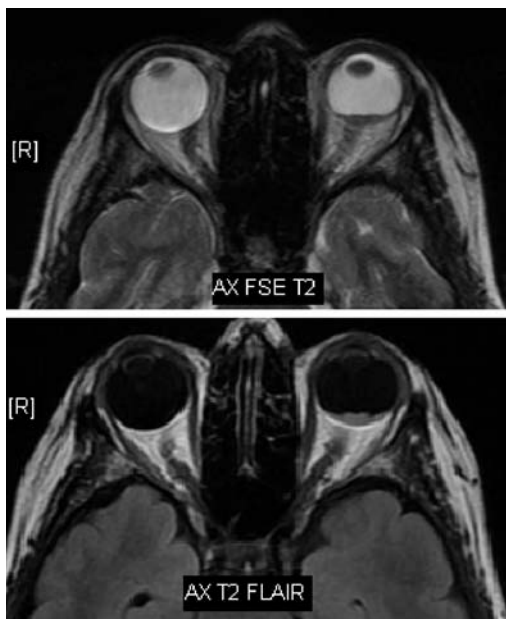


Fig. 5: RMN  
craneal de la  
región orbitaria en  
T2.

ticas. El TAC abdominal revela un hígado heterogéneo irregular multinodular compatible con infiltración metastásica masiva. En el TAC torácico aparece una atelectasia basal pulmonar derecha con derrame pleural acompañante. Por todo ello el servicio de oncología médica inicia tratamiento quimioterápico, comenzando con ciclos de dacarbacina cada 21 días.

## DISCUSIÓN

Los melanomas tipo epiteliode deben ser diagnosticados de forma precoz por su gran agresividad metastásica.

Las tumoraciones coroideas pueden ser primarias o secundarias (metástasis), siendo esta última, la causa más frecuente de tumoración intraocular. En nuestro caso se descarta la metástasis por el estudio de extensión, incluyendo mamografía, analítica, TAC abdomen y pelvis, así como RMN craneal.

Las causas primarias en el diagnóstico diferencial de tumoraciones que puedan llegar a afectar a la coroides son el desprendimiento de retina seroso o hemorrágico, membranas neovasculares, macroaneurismas, desprendimientos viteliformes, vasculopatía coroidea polipoidea, enfermedades inflamatorias (9,10) y otros tumores primarios como el hemangioma, leiomioma, neurofibroma, osteoma o linfoma (10).

La ecografía es fundamental para el diagnóstico, siendo característica la baja reflectividad interna que produce (2,9,11). Esta

prueba define la extensión intraocular y extraocular del tumor: la configuración «en champiñón» indica que el tumor ha atravesado la membrana de Bruch, siendo casi patognomónica de melanoma coroideo (12). No existe ningún patrón angiográfico patognomónico, el más frecuente es el apolillado, debido a la fugas milimétricas procedentes del epitelio pigmentario retiniano que se agrandan en un grado mínimo y se tiñen tardíamente, la ausencia de una fuga difusa tardía dentro de un tumor coroideo va en contra del diagnóstico de melanoma coroideo (2). La RMN da una imagen hiperintensa en T1 e hipointensa en T2 (13).

Tras la ecografía inicial de diagnóstico hasta el tratamiento definitivo con la enucleación, presenta un crecimiento tumoral agresivo, siendo el tamaño informado de 18 mm de base. Todo ello nos encuadra este melanoma en el grupo de gran tamaño.

La prevención del melanoma uveal en pacientes predispuestos, aquellos que presentan melanosis óculi o nevus de Ota (14), deberá ir encaminada a la búsqueda de una inmunoterapia, uso de proteínas MAGE para pulsar células dendríticas antes de reinfundirlas en el paciente como una vacuna antitumoral tal y como se plantea en el melanoma cutáneo (15-17).

Concluimos que aunque se realizó enucleación, no se evitó la metástasis; incluso ha podido favorecerla. Siguiendo la hipótesis de Zimmerman la enucleación puede causar diseminación de las células tumorales metastásicas (18). Al producirse la metástasis, el pronóstico de vida se ve mermado, con una supervivencia media de 2-4 meses (19).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pulido J. Los Requisitos en Oftalmología. Retina, Coroides y Vitreo. Madrid: Elsevier; 2003; 136.
2. Singh, A. D. et al, Elizalde, J.,González-Candial, M. Oncología Clínica Oftálmica. Barcelona: Elsevier; 2009; 78.
3. Egan KM, Seddon JM, Glynn RJ et al. Epidemiologic aspects of uveal melanoma. Surv. Ophthalmology 1988; 32: 239-251.
4. Vinay Kumar, Abul K. Abbas, Nelson Fausto. Robbins y Cotran Patología estructural y funcional. Séptima edición. Madrid: Elsevier; 2005: 1437.
5. Alan Stevens,James Lowe. Anatomía patológica. Segunda Edición. Madrid: Mosby; año 2001: 478.
6. Actualización en el manejo del melanoma coroideo. Lozano V, De las Heras E, Armas K. Revista Sociedad Canaria de Oftalmología. N° 19-2008.
7. J.A Moreno Nogueira. Melanomas. Madrid: Arán Ediciones; 2008; 100-101.
8. Luther W. Brady, Jiade J. Lu,H -P Heilmann,M Molls. Radiation Oncology: An Evidence-Based Approach. Berlin: Springer; 2008; 6.
9. Regillo, C. Retina y vítreo. American Academy of Ophthalmology. Barcelona: Elsevier; 2008-2009: 76-78.
10. Álvaro Rodríguez, MD., Silvia Flórez, MD., Juan Camilo Noreña. Tácticas en especialidades quirúrgicas. Bogotá: Centro Editorial Roxarista; 2005; 183.
11. Baseline echographic characteristics of tumors in eyes of patients enrolled in the Collaborative Ocular Melanoma Study: COMS report no. 29. Ophthalmology. 2008 Aug; 115(8): 1390-7, 1397.
12. Verbeek AM, Thjssen JM, Cuyper MH et al. Echographic classification of intraocular tumours. A 15- year retrospective analysis. Acta Ophthalmol (Copenh) 1994; 72: 416-422.
13. Juan Esteban Gutiérrez Cadavid. Radiología e imágenes diagnósticas. 2.ª edición. Bogotá: Corporación para Investigación Biológicas; 2006: 94.
14. López-Caballero C, Saornil-Álvarez MA, Blanco-Mateso, Frutos-Baraja JM, López-Lara F, González-Sansegundo C. Melanoma de coroides en melanosis óculi. Arch Soc Esp Oftalmol v.78 n.2 Madrid feb. 2003.
15. Jacqueline Stanley. Inmunología basada en la resolución de problemas. Madrid: Elsevier; 2007; 158.

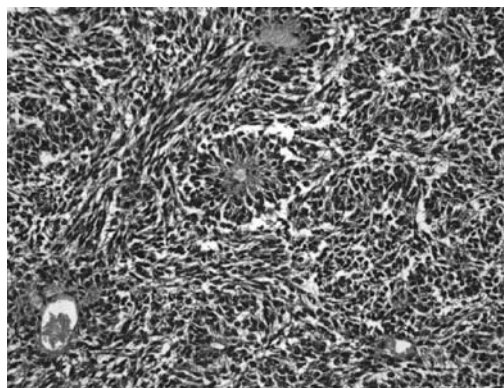


Fig. 6: Anatomía patológica. Hematoxilina-eosina x 40.

16. Ernest Borden. Melanoma: biologically targeted therapeutics. New Jersey: Humana Press; 2002: 171.
17. Peter J. Quesenberry, Gary S. Stein. Stem cell Biology and gene therapy. Danvers: John Wiley & Sons, Inc; 1998; 311.
18. Zimmerman LE, McLean IW. An evaluation of enucleation in the management of uveal melanomas. Am J Ophthalmol 1979; 87: 741-760.
19. Egan KM, Seddon JM, Glynn RJ, Gragoudas ES, Albert DM. Epidemiologic aspects of uveal melanoma. Surv. Ophthalmol 1988; 32: 239-251.