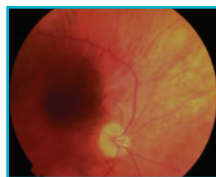


Investigación de los factores de riesgo para el crecimiento de la lesión melanocítica coroidea

La distinción clínica entre el nevus coroideo y un pequeño melanoma coroideo puede resultar difícil y los pacientes con diagnóstico de lesión melanocítica coroidea llegan a confundirse tras pedir varias opiniones y recibir información contradictoria sobre el diagnóstico y su tratamiento.

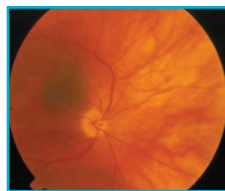
La identificación de parámetros que pudieran mejorar el diagnóstico y tratamiento de pacientes con lesiones melanocíticas coroideas es una importante área del campo de investigación del Dr. Arun D. Singh, director del Departamento de Oncología Oftalmológica, Instituto de Ojos Cole, Clínica Cleveland. En un estudio de reciente publicación (*Ophthalmology*, junio de 2006), el Dr. Singh enumera los resultados de un estudio en el que caracterizó los parámetros de las lesiones melanocíticas coroideas de pequeño tamaño predictivos de futuro crecimiento.



La revisión retrospectiva de una serie de casos observados incluyó 240 pacientes de 62 años de edad promedio con diagnóstico presunto de lesión melanocítica coroidea de pequeño tamaño, sometidos a observación. Durante el seguimiento promedio de 3.3 años, el tumor creció en 11 pacientes (4,6%) y la mayoría de estos casos se produjeron dentro de los primeros 33 meses posteriores al reconocimiento inicial. Los análisis univariados identificaron el espesor de la lesión, su ubicación respecto de la foveola, el género y la presencia de síntomas y de pigmento naranja como significativos factores predictivos de riesgo de crecimiento.

“La capacidad de diferenciar el nevus coroideo de un pequeño melanoma coroideo es una cuestión clínica importante. En la actualidad esta distinción se realiza en base al crecimiento de un tumor en un período breve, de modo que se recomienda una cuidadosa observación para documentar los cambios en el tamaño de la lesión. Sin embargo, se necesita mejor información sobre el riesgo de crecimiento del tumor y sobre los factores de pronóstico

de ocurrencia. Nuestro estudio presenta un panorama de las características de las pequeñas lesiones melanocíticas coroideas asociadas con un mayor riesgo de crecimiento. No obstante ello, necesitamos en el futuro un extenso estudio multicéntrico que brinde respuestas definitivas para mejorar la estratificación del riesgo,” explica el Dr. Singh.



Los pacientes incluidos en el estudio tenían lesiones entre 1,0 mm y 3,5 mm de altura y/o entre 1 mm y 15 mm de mayor diámetro basal sin crecimiento previo. Eligieron la observación del crecimiento como tratamiento y se les realizó un seguimiento durante 12 meses como mínimo. Se definió el crecimiento del tumor como el aumento de tamaño de 0,3 mm o más en cualquier dimensión en base a comparaciones de diagramas de fondo de ojo, fotografías de fondo de ojos y ultrasonido AB. La comparación de los grupos con y sin tumores mostró que los factores asociados con el mayor riesgo relativo (RR) de crecimiento eran la presencia del pigmento naranja (RR = 9,6), la altura del tumor ≥ 2 mm (RR = 8,2) y la ubicación yuxtapapilar (<3 mm hacia la foveola; RR = 6,3). Asimismo, la presencia de síntomas se asoció con un incremento de casi cinco veces en el riesgo de crecimiento y los hombres fueron tres veces más proclives a experimentar crecimiento del tumor que las mujeres. En un estudio complementario de próxima publicación, el Dr. Singh informa también que los resultados de angiogramas realizados con verde de indocianina pueden tener relevancia en la predicción de un crecimiento tumoral.

El Dr. Singh reconoce que este estudio tiene limitaciones debido a su diseño retrospectivo y a la exclusión de pacientes vistos durante el período de estudio que eligieron someterse al tratamiento y no a la observación. Además, sólo pudieron realizarse análisis univariados debido a que la muestra del estudio incluía únicamente una pequeña cantidad de tumores que evidenciaron crecimiento. Más aún, puede haber algún

