

Identificación de los tumores y alternativas para el diagnóstico

Diferencia entre Nevus Coroideo y Melanoma Coroideo

por Miguel A. Materin
médico oftalmólogo



Melanoma coroideo

El nevus coroideo es probablemente el tumor intraocular más frecuentemente observado en la práctica oftalmológica; se calcula que incide entre el 5 y 7% de la población general. El melanoma de coroides es el tumor intraocular primario maligno más frecuente en la edad adulta. Su incidencia es de 7,5 casos por millón de habitantes. Afecta a hombres y mujeres por igual y es poco común en menores de 30 años. Es 8 veces más frecuente en la raza blanca.

El melanoma uveal constituye el 12% del total de los melanomas (incluyendo los cutáneos) y el coroideo representa el 80% de los uveales.

Es importante resaltar que hay otras lesiones pigmentadas y no pigmentadas que deben ser diferenciadas del melanoma, además del nevus coroideo. Por ejemplo, los melanocitomas, las lesiones del epitelio pigmentario retinal, los tumores del epitelio pigmentario retinal y hamartomas combinados de la retina y el epitelio pigmentario retinal, metástasis coroideas, angiomas coroideos, osteomas coroideos, etc.

Dentro de las lesiones pigmentadas del fondo de ojo que afectan la coroides, debemos diagnosticar cuáles son malignas,

melanomas uveales y adenocarcinomas del epitelio pigmentario retinal, y cuáles son benignas; resaltando que aún éstas últimas deben ser controladas periódicamente, **de por vida**.

Las características clínicas de estos tumores permiten hacer un diagnóstico con muy bajo margen de error para melanomas medianos o grandes (menos del 2% según el Collaborative Ocular Melanoma Study Group [C.O.M.S.]). El principal problema se presenta cuando estamos frente a un tumor al que no sabemos si denominarlo nevus grande o melanoma pequeño (menos de 3 mm de espesor).

La **oftalmoscopia binocular indirecta** sigue siendo el estudio más importante para el diagnóstico diferencial de estas lesiones, ya que la ecografía pierde valor cuando el tumor es menor de 2 mm y la RFG es más útil para reconocer otras patologías.

Un nevus sospechoso es la lesión más difícil de diferenciar con un melanoma.

Si bien no hay una característica clínica patognomónica, hay una serie de signos que pueden ser de utilidad para el diagnóstico diferencial entre nevus y melanoma.

El nevus es un tumor plano o ligeramente sobreelevado, pigmentado, a veces amelanótico, con bordes mal definidos. Su tamaño varía entre 0,5 y 10 mm de diámetro y su espesor no supera los 2 mm, en la gran mayoría de los casos. El melanoma, por su parte, suele tener un espesor mayor a los 2 mm.

En el nevus es común la presencia de drusen en la superficie tumoral, así como también los cambios en el epitelio pigmentario retinal (metaplasia fibrosa).

Diagnóstico

Ambas lesiones pueden tener pigmento naranja sobre la superficie tumoral; en el nevus tiene límites más precisos y los depósitos son más pequeños, mientras que en el melanoma, no tiene límites definidos, se encuentra más disperso y es de mayor tamaño.

Tanto los nevus como los melanomas pueden tener asociado un desprendimiento

Realizar un diagnóstico diferencial entre nevus coroideo y melanoma coroideo dependerá del tamaño, localización y características morfológicas del tumor.

de retina exudativo. El fluido subretinal de un nevus será un pequeño acúmulo de líquido adyacente a la lesión. Por otro lado, en el caso de un melanoma, el desprendimiento será como el del nevus, o más bulloso, pudiendo presentarse con algo de pigmento naranja.

Tradicionalmente se ha dicho que para estos tumores pequeños el único signo clínico diagnóstico es el crecimiento del tumor; sin embargo, trabajos de Shields y colaboradores han postulado que una vez demostrado dicho crecimiento, el desarrollo de metástasis es mucho más probable que en los casos en que la lesión no crece. **El objetivo es hacer un diagnóstico lo más precoz posible.**

Los factores clínicos de riesgo de metástasis son: 1) tumor de más de 2 mm de espesor; 2) cercanía o contacto con el nervio óptico; 3) presencia de síntomas visuales; 4) crecimiento comprobado de la lesión. Se

advierde que no podemos prevenir en ninguno de los tres primeros puntos, pero sí antes de que el tumor crezca. Por lo tanto, son los factores de riesgo de crecimiento los que adquieren importancia en el diagnóstico precoz de melanoma.

Estos factores son: 1) presencia de síntomas visuales; 2) desprendimiento de retina exudativo; 3) pigmento naranja; 4) tumor cercano o en contacto con el nervio óptico; 5) espesor tumoral mayor de 2 mm.

Cuando están presentes los cinco factores, el tumor tiene 26 veces más chances de crecer, y por lo tanto de provocar metástasis.

En síntesis, realizar un diagnóstico diferencial entre nevus coroideo y melanoma coroideo dependerá del tamaño, localización y características morfológicas del tumor. Para melanomas medianos o grandes, la oftalmoscopia binocular indirecta, la ecografía y en menor grado la RFG, harán en conjunto un diagnóstico con muy bajo margen de error. Son los tumores pequeños, de menos de 3 mm de espesor, los que presentan más dificultades diagnósticas. Se debe pensar con criterio oncológico: en primer lugar se encuentra la vida del paciente; en segundo, el ojo como órgano y recién en tercer lugar la visión; por ese motivo es que tenemos en cuenta los factores de riesgo de metástasis y crecimiento para realizar diagnóstico y tratamiento precoces. ◀

Nevus coroideo

LECTURAS SUGERIDAS

* Shields, J. A.; Shields, C. L. *Intraocular tumors: a text and atlas*. Philadelphia: W. B. Saunders, 1992, p. 171-206.

* Shields, J. A.; Shields, C. L. *Atlas of intraocular tumors*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 1999.

* Malignant choroidal melanoma (clinical review). *Clinical Eye and Vision Care* 9 (1997): 23-33.

* Shields, C. L.; Shields, J. A.; Cater, J. [et al.]. Transpupillary thermotherapy for choroidal melanoma. *Ophthalmology* 105 (1998): 581-590.

* The Collaborative Ocular Melanoma Study Group. Mortality in patients with small choroidal melanoma. COMS report n° 4. *Arch. Ophthalmol.* 115 (1997): 886-893.

* Oosterhuis, J. A.; Journee-de Korver, H. G.; Kakebeek-Kemme, H. M. [et al.]. Transpupillary thermotherapy in choroidal melanomas. *Arch. Ophthalmol.* 113 (1995): 315-321.

* Shields, C. L.; Shields, J. A.; Kiratli, H. [et al.]. Risk factors for growth and metastasis of small choroidal melanocytic lesions. *Ophthalmology* 102 (1995): 1351-1361.

* Augsburger, J. J.; Schroeder, R. P. [et al.]. Clinical parameters predictive of enlargement of melanocytic choroidal lesions. *Br. J. Ophthalmol.* 73 (1989): 911-917.

* The Collaborative Ocular Melanoma Study Group. Factors predictive of growth and treatment of small choroidal melanoma. COMS report no. 5. *Arch. Ophthalmol.* 115 (1997): 1537-1544.

* Shields, C. L.; Cater, J.; Shields, J. A. Combination of clinical factors predictive of growth of small choroidal melanocytic tumors. *Arch. Ophthalmol.* 118 (2000): 360-364.