

COMUNICACIÓN EN E-PÓSTER

ID: 02964

PATOLOGÍA SEGMENTO POSTERIOR

DE NEVUS A MELANOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: GEMMA ESQUIVEL BENITO¹, Madrid; NOEMI SANTALLA RIVERA², Ferrol; MARTA GUERRERO CARRETERO¹, Madrid; BELÉN PUENTE GETE¹, Madrid; YOLANDA CONDE BACHILLER¹, Madrid; MARISA TESÓN YUDEGO¹, Madrid; MÓNICA ASENCIO DURÁN¹, Madrid.

1 - Hospital Universitario La Paz; 2 - Multiópticas Americana Ferrol.

Palabras clave: nevus, melanoma coroideo, factores de riesgo.

INTRODUCCIÓN

El melanoma coroideo es el tumor primario intraocular maligno más común y la segunda localización más frecuente de melanoma, representando aproximadamente el 5% del total de estos. Suele presentarse en sujetos caucásicos, apareciendo raramente en personas de raza negra. La edad promedio de diagnóstico es alrededor de los 55 años. Existe un ligero predominio en los hombres, variando este hecho dependiendo de la franja de edad considerada. Aunque puede asociarse a pérdida de agudeza visual (AV), metamorfopsias o fotopsias, es común encontrarlo como hallazgo casual en la exploración fundoscópica. El melanoma puede proceder de un nevus que se maligniza.

Los factores de riesgo para ello son la aparición de sintomatología, la presencia de pigmento naranja o/y fluido subretiniano (FSR), un grosor de más de 2 mm de altura apical y una localización cercana al nervio óptico. El tratamiento dependerá en gran medida de su tamaño, fuertemente relacionado con su poder metastásico, variando desde el láser, a la braquiterapia o la enucleación. Su mortalidad es del 50%, relacionada en general con metástasis hepática.

OBJETIVO

Mostrar la importancia de la detección precoz del melanoma coroideo mediante el conocimiento de los factores de riesgo de crecimiento en un nevus.

Historia clínica: Mujer de 46 años que manifiesta pérdida de visión en ojo izquierdo (OI). Operada de cirugía refractiva hace 13 años, no refiere otros antecedentes oculares personales o familiares relevantes. Niega tabaquismo. Historia médica negativa.

Exploración clínica: La AV sin compensación es de 1.2 en ojo derecho (OD) y de 0.3 en OI que mejora con agujero estenopecoico a 0.4. El examen biomicroscópico muestra corneas claras, sin Tyndall y con cristalinios transparentes en ambos ojos (AO). Las imágenes de fondo de ojo (FO) obtenidas por retinografía y Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) muestran las papilas de AO con bordes nítidos y con buena coloración, perfil macular en OD conservado y en OI una lesión coroidea de apenas 2 mm de diámetro localizada en la arcada temporal superior a 3 mm del margen neural, con pigmento naranja y FSR asociado afectando a ▶

COMUNICACIÓN EN E-PÓSTER

- ▶ la fovea. El espesor es de 1.2 mm medido con OCT. Se realiza ecografía complementaria.

Diagnóstico: Lesión melanocítica coroidea intermedia OI con tres factores de riesgo de crecimiento.

Tratamiento y evolución: En un primer momento se opta por combinar el tratamiento con antiangiogénicos y terapia fotodinámica para la disminución y control del FSR. El FSR mejoró tras las inyecciones y no hay cambios en el diámetro basal un año después del diagnóstico. Sin embargo, tras nueve inyecciones y dos sesiones de terapia, en consenso con la paciente se

decide realizar braquiterapia. Cuatro meses después de la braquiterapia, las imágenes de FO y la OCT muestran una disminución del pigmento naranja, sin FSR foveal y sin signos de retinopatía radiactiva.

CONCLUSIÓN

Con dos pruebas sencillas, como la OCT y la retinografía, podemos hallar varios factores de riesgo claves en un nevus que pueden ser determinantes tanto para la visión del paciente, como para su calidad de vida e incluso para sus posibilidades de supervivencia.

ORGANIZA:



AVALA:



COLABORA



PARTNER PREFERENTE

