

**MELANOMA MALIGNO DE LA COROIDES POTENCIALIZADO
POR LA GESTACION
(Presentación de un Caso Clínico)**

Dr Daniel Buendía-Pacheco *
Dr Juan Felipe Sánchez-Marle **
Dr Jorge Antonio Soto-Domínguez ***

RESUMEN

Se presenta este caso clínico desde dos puntos de vista principales, que son los siguientes: **a)** la importancia de hacer el diagnóstico temprano en este tipo de lesiones para mejorar el pronóstico del tratamiento, y **b)** una técnica quirúrgica efectiva para remover totalmente el vértice orbitario cuando el problema lo amerite.

Se trata de una paciente de 18 años quien siendo portadora de un melanoma maligno de coroides no diagnosticado, se embaraza exacerbándose el proceso neoplásico, el cual se extiende hacia adelante del globo ocular a conjuntiva y posteriormente a nervio óptico hasta antes del quiasma. Después de estudiarse multidisciplinariamente por oftalmología, otorrinolaringología y neurocirugía se procede a operar para remover la totalidad del conducto óptico de la órbita afectada.

SUMMARY

We present this case for the following reasons:

- a)** The importance to make an early diagnosis to improve the prognosis of our therapy.
- b)** To present a surgical technique that effectively remove the bony apex of the orbit.

An 18 year old female presented in her right eye an uveal melanoma that was not diagnosed at an early stage, and became pregnant, noticing an increase in the rate of growth of her tumor; reaching the neoplasm anteriorly the conjunctiva, and posteriorly the optic nerve close to its entrance into the optic chiasma.

After a careful study by a multidisciplinary team (ophthalmology, otolaryngology and neurosurgery), the patient underwent a surgical procedure that allowed to remove the orbital contents as well as the posterior orbital bony framework and the optic nerve up to its entrance in the optic chiasma.

* Servicio de Oftalmología. Hospital Central Militar.
** Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Central Militar.
*** Servicio de Neurocirugía. Hospital Central Militar.

PRESENTACION DEL CASO

Se trata de un paciente femenino, de 18 años que se presenta a interconsulta al Servicio de Oftalmología del Hospital Central Militar el 1º de noviembre de 1985 inmediatamente después de haber tenido un parto vaginal eutósico. El motivo, es la presencia en el ojo derecho de una tumoración oscura en conjuntiva, proptosis y dolor en un ojo previamente ciego. Al hacerse el estudio clínico del caso se encontró que el problema oftalmológico se inicia desde dos años antes, en que empieza a notar disminución de la agudeza visual manifestada por metamorfopsia y macropsia en ojo derecho razón por la cual acude a consulta haciéndosele el diagnóstico de desprendimiento de retina inoperable, un mes después presenta dolor óculo-orbitario el cual cede espontáneamente en aproximadamente 15 días después de su instalación y estando ciego el ojo derecho, en estas condiciones abandona su tratamiento.

Nueve meses antes de su internamiento se embaraza por primera vez y al segundo mes de gestación nota la presencia de una pequeña tumoración conjuntival en el ojo derecho, la cual con el transcurso del embarazo aumenta, hasta hacerse evidente en casi toda la conjuntiva bulbar superior, agregándose discreto grado de proptosis; no acudiendo en esta ocasión a consulta médica. En esta situación se encama en el Hospital Central Militar por trabajo de parto, teniendo un producto femenino normal. A la mañana siguiente al nacimiento de su bebé, es referida a interconsulta por los motivos ya expuestos, al Servicio de Oftalmología del mismo hospital.

A la exploración clínica se encuentran los siguientes datos: ojo izquierdo normal con 20/15 de visión, ojo derecho ciego con proptosis de 5 mm de diferencial entre un ojo y otro, discreto edema palpebral de predominio en el párpado superior, así como dolor a los movimientos oculares y palpación orbitaria. El ojo presenta gran congestión profunda conjuntival y tumoraciones oscuras con pequeñas lobulaciones que incluyen casi la totalidad de la conjuntiva superior. El globo ocular presenta leucocoria, debido a desprendimiento total de retina, lo que se observa por una pupila media, parálitica.

Se le practican sus estudios de gabinete y laboratorio correspondientes, mostrando la tomografía computada la presencia de proptosis del globo ocular derecho con medios transparentes opacos, engrosamiento de la capa coroidea con gran avidez por el medio de contraste y la presencia de una tumoración en el polo posterior, que se continúa por la cápsula de Tenon hacia adelante; y hacia atrás a través de las envolturas

del nervio óptico engrosándolo hasta aproximadamente 1 cm de diámetro prolongándose esta invasión hasta antes del quiasma óptico, respetando las estructuras óseas.

Conjuntamente con los servicios de Otorrinolaringología y Neurocirugía se establece el diagnóstico de melanoma maligno de coroides con extensión extraocular, por lo que se decide el manejo quirúrgico del caso.

Se recurre al cadáver para estudiar la posibilidad efectiva de remover el vértice óseo orbitario complementado con fisura orbitaria superior, pared interna con seno esfenoidal y celdilla etmoidal posterior, techo, piso y pared externa, haciendo hincapié que es muy importante tener en cuenta los siguientes hechos anatómicos: a) referir quiasma óptico; b) ligar arteria oftálmica inmediatamente después de su nacimiento, y c) proteger la arteria carótida y seno cavernoso al momento de la remoción de las estructuras suaves y óseas del vértice. Desde luego, para obtener una exposición adecuada de estos elementos anatómicos se decide emplear la vía neuroquirúrgica como forma de abordaje al proceso neoplásico.

Se complementa la preparación quirúrgica de la paciente, entre otras cosas descartando metástasis y es llevada a cirugía.

Por una incisión bitemporal se hace una craneotomía que permite la retracción de ambos lóbulos frontales, haciendo esto intraduralmente y teniendo que sacrificar el I par craneal. Al exponer el quiasma se pudieron apreciar ambos nervios ópticos, estando afectado el derecho por gran congestión y coloración oscura. En este paso quirúrgico, se decide seccionar el nervio óptico antes de llegar al quiasma y se refiere a estudio histopatológico transoperatorio, planeando lo siguiente: si hay invasión en la sección de corte, hacer solamente la exenteración de tejidos suaves; y la otra: si no hay invasión continuar con el plan original. Al obtenerse la información de borde de corte quirúrgico libre, se continúa de acuerdo a lo planeado, haciendo la ligadura de la arteria oftálmica y procediendo a retirar el conducto óptico con su contenido, sección de elementos de la fisura orbitaria superior, resección ósea de esfenoides en la región de la fisura hasta parte de pared externa, sección de 2.0 cm de techo, remoción de seno esfenoidal y celdilla etmoidal tanto de mucosa como de hueso y en piso remoción del mismo hasta ligar el paquete vasculonervioso infraorbitario. Habiendo realizado previamente la exenteración orbitaria. Se colocan autoinjertos de fascia lata para sustituir hueso en aposición con duramadre ya que el vértice queda completamente desnudo y se coloca un autoinjerto de piel que cubre las paredes óseas orbitarias restantes, se cierra el abordaje neuroquirúrgico por

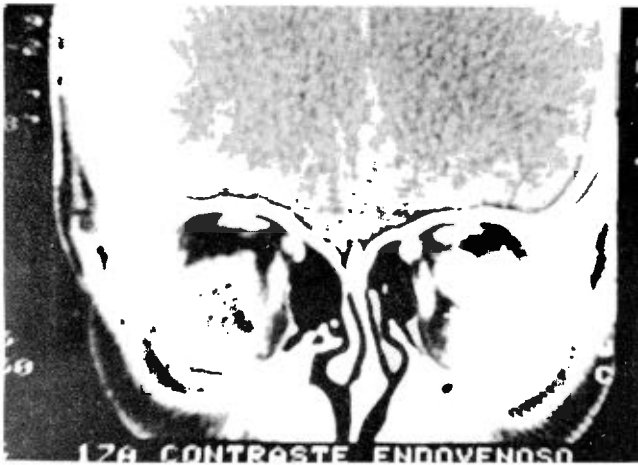


Fig. 1. Esta tomografía computada en posición coronal, muestra el nervio óptico del lado derecho grandemente engrosado y la tumoración en la parte externa de la órbita, con una gran captación del medio de contraste.

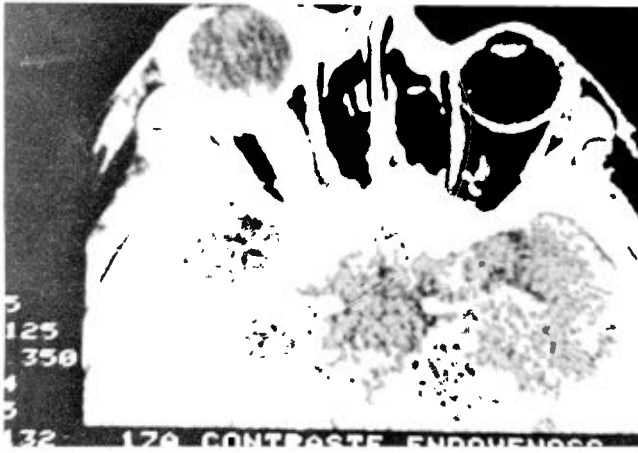


Fig. 2. En posición axial se aprecia el exoftalmos, el aumento de la densidad de los medios opacos oculares, engrosamiento de la capa corioidea que invade hacia la conjuntiva y engrosamiento del nervio óptico derecho.

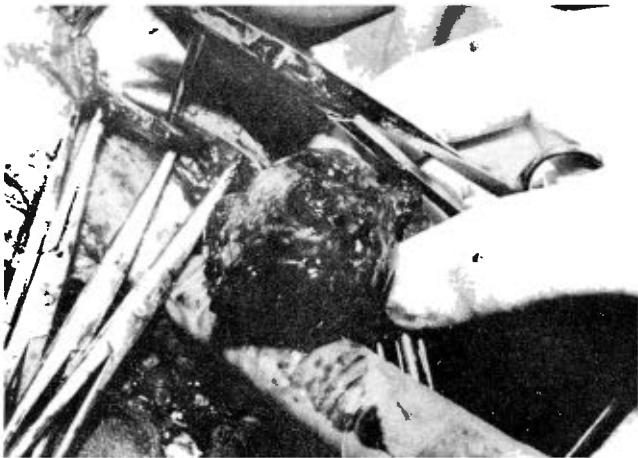


Fig. 3. Se observa el globo ocular y contenido orbitario después de la exenteración en donde se puede ver el gran diámetro del nervio óptico, así como su coloración oscura.



Fig. 4. La evolución postoperatoria muestra un buen comportamiento de los injertos de piel y fascia lata en el cono orbitario.

planos dando por terminada la cirugía, después de 12 horas de duración.

La evolución postoperatoria es satisfactoria, no sin haber presentado la primer semana datos de frontalización, seguramente por la manipulación de lóbulos frontales.

Los injertos de fascia lata y piel evolucionan satisfactoriamente y se procede a aplicársele a la paciente dimetiltriazenoimidazol (DTIC) a dosis de 200 mg cada 24 horas por vía intravenosa durante 5 días.

El resultado de histopatología por cortes de inclusión reporta la presencia de melanoma con predominio de células fusiformes en un 80% de arreglo alveolar y con poca actividad necrótica. Actualmente la paciente está en buenas condiciones generales y la tomografía computada de control, así como el gammagrama hepático y óseo no muestran datos de metástasis.

DISCUSION

Se sabe que durante la gestación aumenta la secreción de hormona Alfa melanocito estimulante (Alfa MSH) y hormona Beta melanocito estimulante (Beta MSH), hormonas que estimulan el funcionamiento del melanocito, el cual es una célula que produce normalmente melanina. De esta manera el embarazo no va a producir un melanoma, pero sí va a estimular el desarrollo de un melanoma previamente existente.

El diagnóstico temprano del melanoma es de importancia pues permitirá efectuar una enucleación y/o exenteración simple que mejore el promedio de curación en el manejo de estas neoplasias.

En cuanto al pronóstico de los melanomas malignos coroides de acuerdo a su estirpe histológica sabemos que los más malignos son los de células epitelioides, los amelánicos, los de disposición alveolar y los que presentan mayores fenómenos necróticos.

Se ha comprobado que la radioterapia no da buenos resultados y que en cuanto a la quimioterapia el dimetiltriazenoimidazol (DTIC) es quien mejores resultados da.

Un campo abierto a la investigación del melanoma lo constituye su aspecto inmunológico, pues es bien sabido que los factores de tipo antígeno anticuerpo juegan un papel determinante en su comportamiento.

La medicina moderna se concibe como una interacción de las distintas especialidades en beneficio del paciente; y es la órbita un campo en donde esto se

manifiesta ampliamente ya que a ella concurrimos varios especialistas que si tenemos la fortuna de unir nuestras energías, seguramente saldremos beneficiados tanto nosotros como el paciente.

La expectativa de vida en este caso en particular es poca, y seguramente su manejo moverá a varias controversias en cuanto a conductas a seguir.

REFERENCIAS

1. Reese AB. *Tumors of the eye*. 3rd ed. New York: Harper & Row, 1976; :193-223.
2. Sassani JW, Weinstein JM and Graham WP. Massively invasive diffuse choroidal melanoma. *Arch Ophthalmol* 1985; 103:945-8.
3. Shamma HF and Blodi FC. Orbital exenteración of choroidal and ciliary body melanomas. *Arch Ophthalmol* 1977; 95:2002-2005.
4. Shamma HF and Blodi FC. Prepapilar choroidal melanomas. *Arch Ophthalmol* 1978; 96:440-445.