

## Hombre de 60 años... “sensación de sombra al enfocar con el ojo izquierdo”

Irene Rivera Salgado,\* Rosa María Vicuña González,\* Alicia Rodríguez Velasco\*\*

**E**l ejercicio clínico-patológico tiene dos propósitos: primero compartir casos que por sus aspectos clínico y anatomopatológico sean de interés por el grado de dificultad diagnóstica; segundo, utilizarlos para formar un acervo que después podamos consultar.

En la primera parte, después de la presentación clínica y anatomopatológica del caso, se plantea una serie de enunciados que deberán responderse con dos opciones: **V**, verdadero, si se está de acuerdo con el mismo y **F**, falso, si por el contrario se considera erróneo dicho enunciado. Al anverso del caso se encontrarán las respuestas a los enunciados así como algunas “perlas” de diagnóstico y recomendaciones de lectura.

### PRIMERA PARTE

Hombre de 60 años de edad, sin antecedentes de importancia. Padecimiento actual de seis semanas de evolución, caracterizado por “sensación de sombra al enfocar con el ojo izquierdo”. A la exploración física se encontraron: agudeza visual OD 20-20, OI 20-40, conjuntivas hiperemias en ambos ojos, pterigiión nasal bilateral; fondo de ojo izquierdo bajo midriasis, con lente de Golman: vítreo claro, neoformación coroidea, la cual también se visualizaba con retroiluminación lenticular y que iba del meridiano de las IV al de las XII en toda la cara nasal y que ocupaba parte del cuerpo vítreo, no se observó neovascularización y sólo mostró aumento leve de la pigmentación, en relación con el resto de la coroides. Se realizó USG del ojo izquierdo con el que se comprobaron los hallazgos clínicos y posteriormente se realizó enucleación (figuras 1 y 2).

\* Anatomopatóloga, Hospital Central Sur, Pemex.

\*\* Anatomopatóloga, Unidad Médica de Alta Especialidad, Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Correspondencia: Dra. Irene Rivera Salgado. Correo electrónico: mirivera@pemex.gob.mx

La versión completa (y a color) de este artículo también está disponible en: [www.nietoeditores.com.mx](http://www.nietoeditores.com.mx)

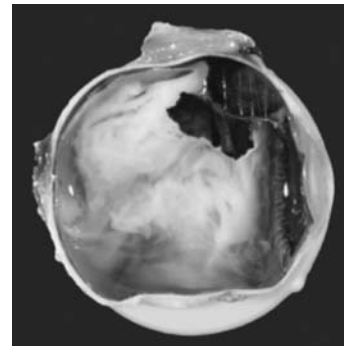


Figura 1.

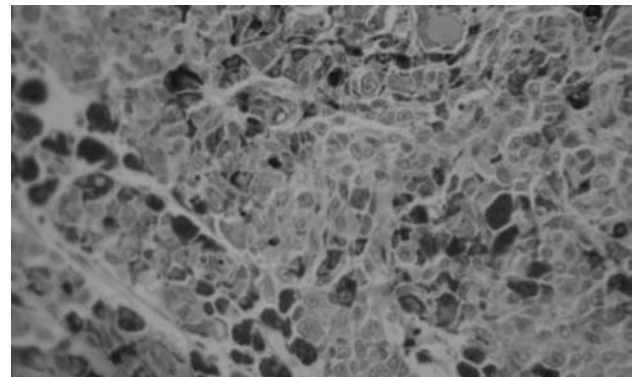


Figura 2.

1. \_\_\_ Con la imagen macroscópica los primeros diagnósticos a considerar son: hemangioma cavernoso versus neoplasia maligna, primaria o metastásica.
2. Mi diagnóstico es: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_ La presencia normal de melanina en la coroides siempre da lugar a lesiones pigmentadas.
4. \_\_\_ En el reporte se deben informar: localización del tumor, tamaño y extensión, patrón de crecimiento, tipo celular, índice de proliferación celular y si hay o no infiltrado linfocitario.
5. \_\_\_ La variedad epitelioides de esta lesión tiene mejor pronóstico.
6. \_\_\_ Se requiere inmunohistoquímica, con Melan A, para corroborar el diagnóstico.

## SEGUNDA PARTE

1. **Verdadero.** Con esta imagen macroscópica se pueden incluir todos los diagnósticos mencionados ya que comparten algunas características macroscópicas; sin embargo, el diagnóstico histopatológico no tiene ninguna dificultad. El melanoma maligno es la neoplasia **ocular primaria** más frecuente en el adulto; sin embargo, las neoplasias metastásicas a coroides son las neoplasias intraoculares más frecuentes, por lo que es necesario considerarlas en primer término en el diagnóstico diferencial de melanoma intraocular. El melanoma se origina en la úvea que está formada por el iris, coroides y cuerpo ciliar. Los melanomas uveales tienen una incidencia de 7 a 20 casos por millón de habitantes, así que es mucho menos frecuente que su contraparte cutánea. Afectan a adultos mayores, alrededor de la séptima década de la vida.
2. El **melanoma de coroides** es un reto clínico y es importante que se diagnostique y se trate oportunamente en forma adecuada.
3. **Falso.** Aunque la mayor parte de los melanomas muestra pigmento, también los hay amelánicos.
4. **Verdadero.** El reporte anatomopatológico debe incluir: localización, tamaño, extensión, porque permiten considerar el tratamiento y estimar el pronóstico. Desde el punto de vista microscópico, el tipo celular, el patrón de crecimiento, la proliferación con número de figuras

de mitosis en 40 campos de alto poder y el índice de proliferación con Ki67 son parámetros importantes. Los tumores, independientemente de si tienen o no infiltrado linfocitario cuando muestran laminina abundante, necrosis y alteraciones citogenéticas, tienen peor pronóstico. Además, el reporte debe incluir si los bordes están o no libres y el grado de invasión.

5. **Falso.** El melanoma epiteliode tiene peor pronóstico, es una neoplasia de células grandes con citoplasma abundante, poligonales; núcleo pleomórfico de cromatina abierta, nucléolo aparente. Histológicamente, los melanomas de coroides también pueden ser de células fusiformes y mixtos. Los menos frecuentes son los fusiformes y tienen mejor pronóstico.
6. **Falso.** Aunque los melanomas son positivos a S-100 y HMB 45, no se requieren estos marcadores para establecer el diagnóstico, ya que no son útiles para distinguir la lesión de un nevo. Otros marcadores como Melan A son positivos, pero no ofrecen ninguna ventaja sobre la evaluación de rutina.

---

## LECTURAS RECOMENDADAS

1. Christopher DM. Diagnostic histopathology of tumors. 3<sup>rd</sup> ed. 2007;2:1807-9.
2. Camarillo C, Sánchez I, Encinas JL. Metástasis coroideas. An Sist Sanit Navar 2008;31:127-34.
3. Hernderson E, Margo CE. Iris melanoma. Arch Pathol Lab Med 2008;132:268-72.