

MELANOMA DE COROIDE EM PACIENTE JOVEM

CHOROID MELANOMA IN A YOUNG PATIENT

Sumaya Georges NASR¹, Rosele Ciccone PASCHOALICK², Zila Ferreira Dias Goncalves DOS SANTOS², Leon GRUPENMACHER¹

REV. MÉD. PARANÁ/1665

INTRODUÇÃO

O melanoma pode se manifestar em diferentes partes do olho como pálpebras e conjuntiva, sendo denominado melanoma orbitário. Quando acomete corpo ciliar, íris ou coróide, é denominado melanoma uveal. Este último corresponde a 85% dos melanomas oculares, sendo considerado o tumor intraocular mais comum nos adultos, tendo incidência geral de 5-7,5 por milhão de indivíduos ao ano em países ocidentais³.

Este tumor é mais frequente na 6^o década de vida, sem preferência por gênero, sendo que alguns autores relatam prevalência em homens, tendo predileção pela raça branca, olhos claros e portadores de lesões como nevus de coróide e melanocitose oculodermal (nevus de ota). Exposição solar não se apresenta como fator de risco para melanomas intraoculares, diferentemente do melanoma cutâneo⁴.

Normalmente, o melanoma de coróide é assintomático, sendo encontrado devido a exame de rotina; porém, ele pode se manifestar através de baixa de visão, alterações na campimetria visual, ftopias e dor¹. Pode se apresentar através de uma lesão única e unilateral, de aspecto elevado, sub-retiniano, podendo ser amelanocítica (15-20%), castanho-acinzentada ou, raramente, preto escuro. Pode ter morfologia nodular, mais comum, cogumelo ou difuso, acompanhado de achados peri-lesionais como atrofia, acúmulo de lipofuscina dando aspecto alaranjado ou descolamento de retina exsudativo⁵.

Mais de 95% dos casos, a fundoscopia associado à ecografia é o suficiente para diagnosticar o melanoma de coróide, tornando rara a necessidade de realizar biópsia, procedimento este de alta complexidade técnica. O ultrassom no modo A pode mostrar imagem iniciando com um pico de alta refletividade, representando a retina, com uma queda gradual intralesional dos ecos, chegando a outro pico que representa a esclerótica; esse sinal é denominado ângulo kappa, não patognomônico desta lesão, porém altamente sugestivo. Para auxílio diagnóstico, pode-se abrir mão de outros exames complementares tais como angiografia fluoresceínica, tomografia de coerência óptica e ressonância magnética².

Ressecção local, braquiterapia e enucleação são os atuais tratamentos para os melanomas de coróide sendo escolhido dependendo da sua localização e tamanho. A taxa de sobrevida após realizar a enucleação pode variar de 16-53% dependendo do tamanho do tumor³.

Este relato teve como objetivo apresentar que o melanoma de coróide, devido sua gravidade, deve sempre estar

nos diagnósticos diferenciais de lesão suspeita, independente da epidemiologia.

RELATO DO CASO

Mulher de 17 anos, parda, deu entrada no serviço de pronto-socorro no setor da pediatria do Hospital Universitário Evangélico Mackenzie de Curitiba devido à baixa de acuidade visual, cefaleia associado a escotomas com piora progressiva no olho direito há 1 ano. Relatava que levou um soco no rosto ao se envolver numa briga com colega na escola e, após três meses deste evento, iniciou com a baixa acuidade visual. Foi encaminhada ao serviço de oftalmologia para avaliação e ao exame referia acuidade visual, na melhor correção, de movimento de mãos em olho direito e 20/20 em olho esquerdo. A biomicroscopia do olho esquerdo não apresentava alterações, já no direito era possível observar exotropia e enoftalmia; além disso, havia alteração do reflexo vermelho associado à massa na região posterior à íris nasal (Figura 1A); as demais estruturas estavam sem alterações.

Ao exame de fundoscopia era possível ver uma massa de cor acinzentada com vasos tortuosos ocupando quase toda cavidade vítrea partindo da região de polo posterior se estendendo pela região inferior, nasal e superior. Toda retina temporal se encontrava descolada e não era possível avaliar as estruturas do polo posterior com detalhes devido à massa. Foi solicitado ultrassom ocular, modo A/B que evidenciou lesão extensa, com bordos irregulares, presença de ecos vítreos de baixa e média refletividade, associado à presença de ângulo kappa (ângulo produzido entre a maior onda do modo A e a menor onda ao atravessar a lesão) e descolamento da retina temporal, superior e inferior. A ressonância magnética (Figura 1B) mostrou lesão nodular 1.1x1.3 cm com hipersinal espontâneo em T1 e realce pelo contraste comprometendo a parede medial desde a região da papila óptica até junto ao corpo ciliar, associam-se sinais de descolamento de retina nesta região e leve redução volumétrica deste globo ocular. Após avaliação e liberação da equipe neurocirúrgica e da oncoclínica, paciente foi submetido a enucleação do olho direito (Figura 2) como medida terapêutica.

Trabalho realizado no¹Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil;²Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE- Melanoma, coróide.

HEADINGS - Melanoma, choroid.

Endereço para correspondência: Sumaya Georges Nasr
Endereço eletrônico: sumaya_nasr1@hotmail.com

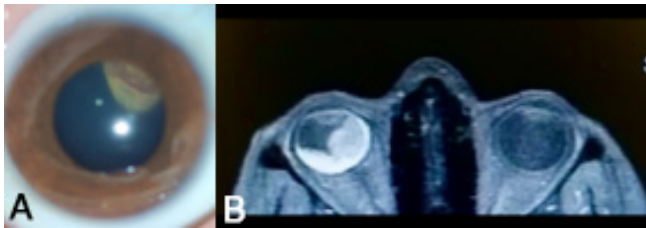


FIGURA 1 – A) TUMOR À BIOMICROSCOPIA; B) RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM ÊNFASE EM ÓRBITAS

O anatomopatológico confirmou a suspeita de melanoma de coróide (Figura 2B) com dimensões de 1,4x1,2x1,4 cm, com tipo histológico misto composto de células epitelioides e fusiformes. Ausência de comprometimento do nervo óptico e extensão extraocular. Não foram encontradas lesões metastáticas ao rastreamento sistêmico. A paciente encontra-se em acompanhamento no serviço de oncologia.

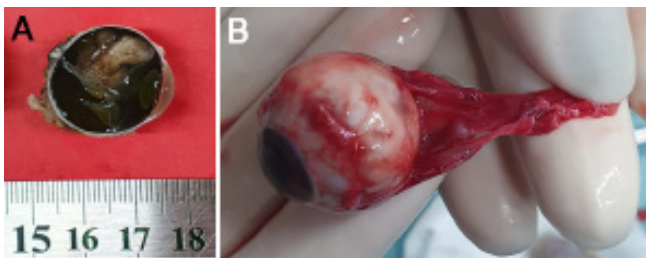


FIGURA 2 - A) GLOBO OCULAR ENUCLEADO; B) PEÇA ANATÔMICA EM CORTE CORONAL.

DISCUSSÃO

De acordo com Cunha³, a incidência do melanoma de coróide tem prevalência maior em homens atingindo 4,9 casos por milhão comparado a mulheres com 3,7 casos por milhão e média de idade no diagnóstico de 53 anos. Nosso relato contrasta da revisão de literatura, ao abordar uma jovem de 17 anos e cor parda.

A maioria dos melanomas de coróide são encontrados em exames de rotina, visto que a maioria apresenta a forma assintomática da doença. Quando sintomático, pode apresentar-se com baixa acuidade visual, alterações de campimetria visual e fôtopcias. Esta paciente quando diagnosticada já apresentava a forma não clássica, com sintomas, principalmente, com a baixa acuidade visual¹.

Assim como a maioria dos casos, o melanoma de coróide é diagnosticado através do exame de fundoscopia associado com a ultrassonografia modo A/B. A paciente do relato apresentava lesão extensa à fundoscopia, sendo possível encontrar a lesão já na biomicroscopia. O ultrassom é capaz de auxiliar o diagnóstico como observado no relato, através da avaliação da lesão no modo A com a presença do ângulo kappa, sinal não patognomônico, porém altamente sugestivo do melanoma de coróide².

A escolha terapêutica do melanoma de coróide deve-se ter em vista a clínica, com o objetivo de encontrar o tratamento mais adequado. Na atualidade, dois são os tratamentos considerados padrão-ouro: a braquiterapia e a enucleação; o fator determinante na escolha é o tamanho da lesão. Conforme descrito no relato, enucleação foi a terapia de escolha para o caso. O melanoma de coróide é pouco sensível à quimioterapia e radioterapia, limitando estas terapêuticas como escolha³.

O relato desse caso mostra que o melanoma de coróide, devido à sua gravidade, sempre deve ser considerado hipótese diagnóstica ao se encontrar lesão suspeita, visto que o prognóstico varia muito conforme o diagnóstico e tratamento precoces, chegando a um alto risco de mortalidade se diagnosticado tardiamente. O exame oftalmológico completo é essencial para o melanoma de coróide, sendo sempre necessário a fundoscopia no exame de rotina, tendo em mente que a maioria destas lesões são assintomáticas. Exames complementares são importantes no diagnóstico como documentação do quadro, visto que a maioria das lesões não exigem biópsia e o tratamento de escolha, na maioria dos casos, é a enucleação, procedimento este, que leva à cegueira irreversível com a amputação do órgão.

REFERÊNCIAS

1. Arcieri, enyr saran et al. Estudo de melanoma de coróide na universidade federal de uberlândia. *Arquivos brasileiros de oftalmologia*. 2002, v. 65, n. 1, pp. 89-93.
2. Coutinho, inês et al. Choroidal melanoma. *Acta médica portuguesa*, v. 30, n. 7-8, p. 573-577, aug. 2017. Issn 1646-0758
3. Cunha, aline amaral fulgêncio da et al. Melanoma de corpo ciliar e coróide: relato de caso. *Arquivos brasileiros de oftalmologia*. 2010, v. 73, n. 2, pp. 193-196.
4. Mattos neto rb. Melanoma de coróide: revisão clínico-fotográfica. *E-oftalmo.cbo: rev dig oftalmol*. 2015;1(1):1-9. 10.17545/e-oftalmo.cbo/2015.
5. Shields cl, shields ja. Ocular melanoma: relatively rare but requiring respect. *Clin dermatol*. 2009;27:122-33.
6. Singh ad, bergman l, seregard s. Uveal melanoma: epidemiologic aspects. *Ophthalmol clin north am*. 2005;18(1):75-84, viii.