

strabismus, anisometropia or in the combined pattern, are studied based on 214 cases of amblyopia follow-up.

Among the items considered as possible responsible factors for unsuccessful treatment reached the major percentage — in the amblyopia by strabismus and in the combined pattern — the familiar indifference, and — in the cases of amblyopia by anisometropia — the most significant cause was the delayed diagnosis.

The necessity of the amblyopia prevention by its precocious diagnosis is stressed, as much as the necessity of educational campaigns and public orientation with the objective of avoiding mistakes that many times leads the amblyopia treatment to a negative result.

BIBLIOGRAFIA

1. ABDALLA, H. e colab. — O Educador em face da prevenção da cegueira. Anais do IV Congresso Brasileiro de Prevenção da Cegueira. II: 103-8, 1980.
2. BANGERTER, A. — Apud Schapero, M²⁶ p. 36.
3. FELDMAN, J. B. & TAYLOR, A. F. — apud Schapero, M²⁶ p. 36.
4. LAMBERT, N. — Tratamento e prevenção da amblyopia. Dados preliminares sobre sua incidência em Belo Horizonte. Rev. Bras. Oftalm., XXV (3) 63-9, 1966.
5. RAMSAY, R. M. — apud Schapero, M²⁶ p. 36.
6. SCHAPERO, M. — Amblyopia. Philadelphia, Chilton Book, 1971.

Melanoma maligno de coróide com extensão extraocular maciça*

Relato de um caso

Michel Eid Farah; Sandra Frazier Byrne; J. Randall Hughes

O diagnóstico e conduta do melanoma maligno de coróide tem sido um assunto bastante controverso¹. Tumores relativamente pequenos são geralmente observados periodicamente com retinografias e fluoresceinografias, sendo uma abordagem terapêutica indicada ao se verificar um crescimento significativo do tumor².

Ocasionalmente alguns melanomas malignos de coróide apesar de parecerem estáveis oftalmoscopicamente podem apresentar extensão escleral ou extraocular³. Em tumores situados anteriormente ao equador, a detecção de pigmentação anormal na esclera através da conjuntiva na área correspondente ao tumor pode indicar presença de extensão escleral³ a qual pode ser confirmada ecograficamente. No entanto, se o tumor ocorrer posteriormente ao equador, a detecção de extensão escleral deve ser pesquisa da por meio de um exame ecográfico cuidadoso⁴.

Este artigo descreve o caso de uma paciente com melanoma maligno de coróide de pequenas dimensões com extensão extraocular maciça diagnosticado através da ecografia e confirmado histopatologicamente.

DESCRIÇÃO DO CASO

Uma paciente de 84 anos, branca, natural dos Estados Unidos, foi referida ao Bascom Palmer Eye Institute em abril de 1981 com uma história de turvação progressiva da visão e proptose do olho esquerdo por dois meses além de cegueira no olho direito conseqüente a um trauma perfurante na infância. A paciente estava em tratamento de insuficiência cardíaca congestiva há vários anos. A acuidade visual era nula no olho direito e 20/60 no olho esquerdo. O exame oftalmoscópico e fluoresceinográfico (Fig. 1) revelou um tumor ligeiramente pigmentado elevado com maior diâmetro aproximadamente igual a 6 mm associado a pregas de coróide envolvendo a região temporal superior do olho esquerdo. O exame ecográfico (Figs. 2, 3 e 4) demonstrou um pequeno melanoma maligno de coróide de espessura máxima igual a 3mm com extensão orbitária igual a 22 mm em lateralidade por 30 mm em profundidade.

Como havia extenso componente inflamatório periocular, um tratamento medicamentoso com prednisona 60 mg/dia foi ini-

* Trabalho realizado no Bascom Palmer Eye Institute, Miami, EUA.

Correspondência Editorial: Michel Eid Farah. Escola Paulista de Medicina. Disciplina de Oftalmologia. Rua Botucatu 822. São Paulo, S.P. Brasil. CEP: 04023.

ciado até a melhora dos sinais flogísticos. Porém, devido recorrência freqüente das inflamações peritumorais e necessidade de repetidas steroidoterapias, radioterapia na

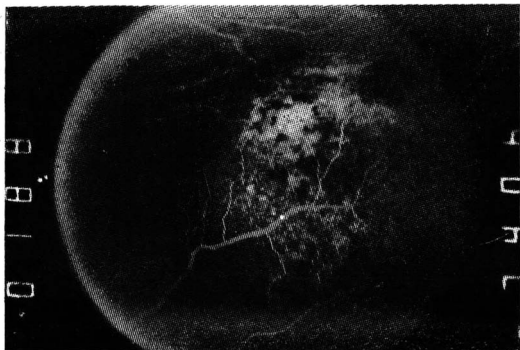


Fig. 1 — Fluoresceinografia do fundo do olho esquerdo mostrando o tumor com áreas de hipo e hiperfluorescência além de pregas de coróide na região temporal superior.

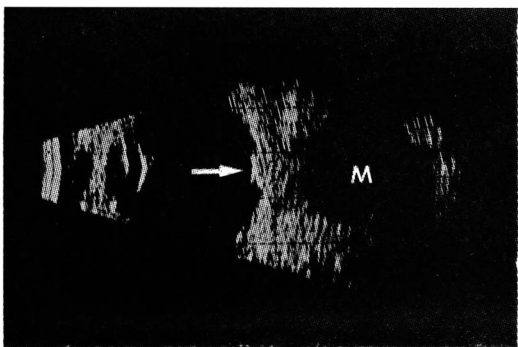


Fig. 2 — Ecografia B mostrando pequeno melanoma maligno de coróide (seta) com extensão extraocular maciça (M).

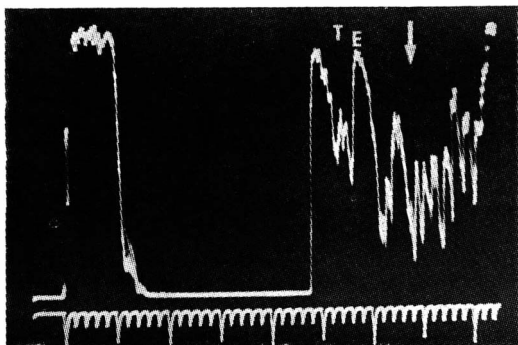


Fig. 3 — Ecografia A mostrando um tumor intraocular de média refletividade (T) com eco escleral nítido (E) adjacente ao tumor orbitário (seta).

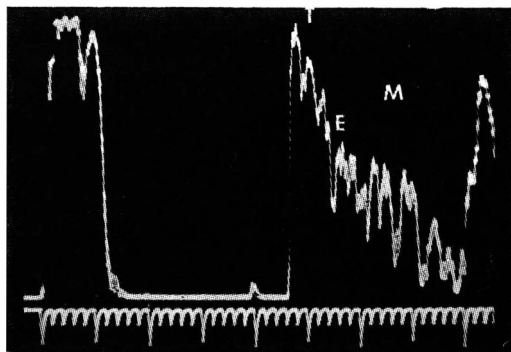


Fig. 4 — Ecografia A através de uma área do tumor (T) onde o eco escleral (E) é bastante fraco ou ausente e contínuo com a extensão extraocular maciça (M).

dose de 5000 rads foi administrada à órbita esquerda após biópsia do tumor (Fig. 5), a qual confirmou a suspeita diagnóstica ecográfica. A paciente apresentou uma melhora acentuada da dor e da proptose, com regressão pequena e gradual das dimensões do tumor na órbita, sendo que o tamanho do tumor intraocular permaneceu inalterado. Este quadro manteve-se estável sem evidência de metástases até o último exame em outubro de 1983.

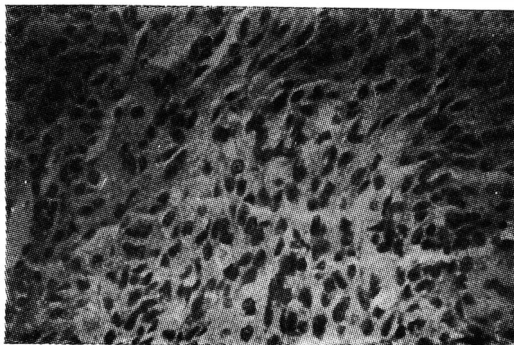


Fig. 5 — Microfotografia do tumor na órbita revelando o tipo celular misto do melanoma maligno de coróide (H & E X 100).

DISCUSSÃO

A incidência de extensão escleral ou extraocular do melanoma maligno de coróide geralmente aumenta de acordo com o tamanho do tumor intraocular². Shammam e Blo-di⁵ encontraram extensão escleral histopatologicamente em 12.6% em tumores iguais ou menores que 10 mm em diâmetro e 32.3% quando maiores. Extensão extraocular foi encontrada em 1% dos tumores com diâ-

metro igual ou menor que 10 mm e em 18% quando maiores⁶. Fica evidente que a presença de extensão extraocular maciça em tumores pequenos como o do caso relatado é extremamente rara.

Shammas e Blodi⁵ encontraram uma taxa de mortalidade em 6 anos iguais a 26% em pacientes com melanoma maligno de coróide sem extensão escleral a qual aumentou para 57% nos casos com extensão de 25% ou mais de espessura escleral.

Os mesmos autores⁶ encontraram uma taxa de sobrevida em 5 anos igual a 20% nos casos com extensões extraoculares maiores que 10 mm em largura por 5 mm em altura e de 33% em menores, preconizando exenteração precoce como o melhor tratamento para melanoma maligno de coróide com extensão extraocular. A exenteração não foi efetuada no caso relatado devido a idade, condições físicas da paciente e tamanho da extensão extraocular.

Ossoinig⁷ tem demonstrado que o melanoma maligno de coróide se caracteriza ecograficamente por uma estrutura sólida, regular, de baixa ou média refletividade e vascular, sendo usualmente convexo ou em forma de cogumelo. Na modalidade A, o tumor intraocular se apresenta distinto da coróide infiltrada, a qual produz uma superfície acústica de alta refletividade seguida pela esclera ainda mais refletiva. Extensão escleral, mesmo em pequeno grau, e sugerida quando estes sinais ecográficos típicos da coróide infiltrada e da esclera normal não se manifestam mesmo com o melhor alinhamento sonoro possível perpendicular à superfície examinada.

A agressividade biológica do melanoma maligno de coróide e na maioria dos casos julgada clinicamente por um crescimento nítido do tumor. Entretanto mesmo tumores visivelmente estáveis são capazes de apresentar extensão escleral ou extraocular in-

clusiva metástases à distância². A documentação fotográfica associada à ecografia em intervalos regulares apropriados mesmo de tumores relativamente pequenos é o melhor método para se julgar crescimento e extensão escleral ou extraocular precocemente.

RESUMO

Os autores relatam um caso raro de melanoma maligno de coróide de pequenas dimensões com extensão extraocular maciça diagnosticado pela ecografia e confirmado histopatologicamente após biópsia do tumor na órbita.

A documentação fotográfica do tumor associada à ecografia realizadas periodicamente devem se utilizar para se caracterizar precocemente não só crescimento tumoral mas também extensão escleral ou extraocular.

SUMMARY

This report describes a rare case of choroidal melanoma with a huge extraocular extension as detected by echography and confirmed histopathologically after orbital biopsy.

The association of fundus photography and echography should be routinely utilized to early detect tumor growth and escleral or extraocular extension.

BIBLIOGRAFIA

1. BROWNSTEIN, S. & AEDY, L. — Extraocular extension of malignant melanoma of the uvea. *Can. J. Ophthalmol.*, 219: 40-3, 1982.
2. DUFFIN, R. M.; STRAATSMAN, E. R.; FOOS, R. Y. & KERMAN, B. M. — Small malignant melanoma of the choroid extension. *Arch. Ophthalmol.*, 99: 1827-30, 1981.
3. SHIELDS, J. A. — The management of posterior uveal melanomas: Diagnosis and management of intraocular tumors. Mosby, St. Louis, 1983.
4. SHALKA, W. H. — Unusual ophthalmic melanomas: The value of ultrasonography. *Ann. Ophthalmol.*, 10: 42-6, 1978.
5. SHAMMAS, H. F. & BLODI, F. C. — Prognostic factors in choroidal and ciliary body melanomas. *Arch. Ophthalmol.*, 95: 63-9, 1977.
6. SHAMMAS, H. F. & BLODI, F. C. — Orbital extension of choroidal and ciliary body melanomas. *Arch. Ophthalmol.*, 95: 2002-5, 1977.
7. OSSOINIG, K. C. & BLODI, F. C. — Preoperative differential diagnosis of tumors with echography. Part III: Diagnosis of intraocular tumors. *Current concepts in Ophthalmology*. Mosby, St. Louis, 1974. 4: 296-313.