

Uveitis posterior bilateral como forma de presentación de sarcoidosis

P. Romero¹
A. Castro²
A. Acero¹
B. Pujol³
F. Rius⁴
I. Méndez¹

¹Servicio de Oftalmología

²Servicio de Medicina Interna

³Servicio de Laboratorio

⁴Servicio de Anatomía Patológica
Servicio de Oftalmología

Hospital Universitario Sant Joan de Reus
Departamento de Medicina y Cirugía
Universidad Rovira y Virgili

Correspondencia:

Pedro Romero Aroca
Ample 55, 1º

43202 Reus. Tarragona
E-mail:

promero@grupsgassa.com

Resumen

Presentamos el caso clínico de un varón de 51 años de edad con uveitis posterior bilateral y uveitis anterior aguda, con hemorragia vítrea en OI. Se practicó vitrectomía con estudio citológico y microbiológico del vítreo OI, evidenciándose la presencia de linfocitos T-helper y macrófagos. La exploración final del fondo de ojo evidenció sarcoidosis ocular.

Resum

Presentem el cas clínic d'un home de 51 anys d'edat, amb uveitis posterior bilateral i uveitis anterior aguda, amb hemorràgia vítria a UE. Es va practicar vitrectomia amb estudi citològic i microbiològic del vítre UR, apreciament la presència de limfòcits T-helper i macròfags. L'exploració del fons d'ull al final del tractament va evidenciar sarcoidosis ocular

Summary

We present a case report of a 51 year old male patient with bilateral posterior uveitis and acute anterior uveitis, with vitreous haemorrhage in left eye. We performed vitrectomy with cytologic and microbiologic study of the vitreous body; T-helper lymphocytes and macrophages were found. The final retina examination demonstrated the presence of ocular sarcoidosis.

La sarcoidosis es una enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza por la acumulación de linfocitos T-helper, monocitos y granulomas no caseificantes en los tejidos afectados. Los órganos afectados con mayor frecuencia son: pulmón (84%-93%), ganglios hilio-mediastínicos (60%-77%) y periféricos (23%-37%), piel (12%-27%) y ojos (15%-20%). El diagnóstico se establece ante un cuadro clínico-patológico compatible, la presencia de granulomas no caseificantes o por una prueba de Kveim-Siltzbach positiva. En la mayoría de los casos la enfermedad remite espontáneamente aunque en ocasiones evoluciona hacia la cronicidad¹.

La afectación ocular más frecuente es la presencia de uveitis anterior (66%-70%), siendo la afectación del segmento posterior menos frecuente (14%-28%) en forma de vitreitis, periflebitis, corioretinitis o neovascularización retiniana o papilar².

Paciente varón de 51 años de edad que acudió por presentar pérdida de agudeza visual bilateral (agudeza visual: OD: 0,1 /OI: movimiento de manos). En la exploración de ambos ojos se evidenció en el segmento anterior la presencia de uveitis anterior bilateral con escasos signos inflamatorios y sinequias posteriores antiguas, sin granulomas en iris. El estudio del fondo de ojo reveló la presencia de vitreitis grado I en ojo derecho, sin poderse visualizar OI por hemorragia vítrea acompañada de signos inflamatorios en vítreo, grado II según la clasificación de Ben Ezra D³.

La exploración sistémica realizada por medicina interna fue negativa, no evidenciándose signos o síntomas de enfermedad sistémica asociada.

En la analítica practicada se observó la presencia de leucocitosis por linfocitosis. Y calcio sérico mínima-

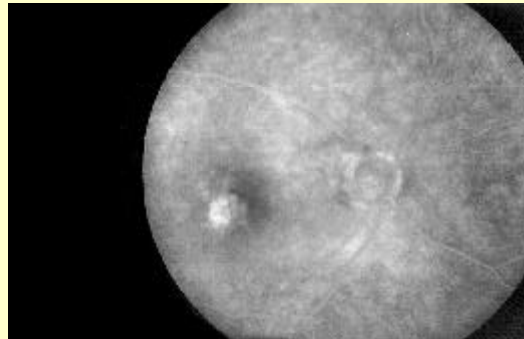
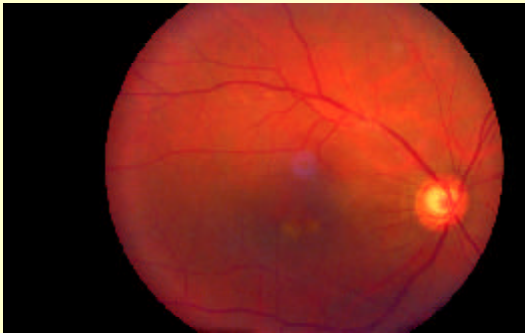


Figura 1.
Retinografía del ojo derecho en la que observamos la presencia de granulomas en la mácula, envainamiento sectorial de la vena temporal superior y exudados céreos en la misma vena

Figura 2.
Angiografía fluoresceínica del mismo ojo, en la que se observa la presencia hiperfluorescencia por los granulomas maculares observados en la retinografía 1

mente elevado (2,38 mmol/ml), siendo negativas las determinaciones serológicas de ANA, factor reumatoide, anticuerpos anti toxoplasma, VIH, prueba de tuberculina y RPR; siendo mínimamente positivos los valores de ECA (0,45mKat/L).

La radiografía de tórax evidenció la presencia del hilio mediastínico ligeramente engrosado pero sin ganglios bien definidos. Finalmente, la gammagrafía con Galio-67 fue positiva en los ganglios mediastínicos.

Se decidió iniciar tratamiento sistémico con prednisona a razón de 1 mg/Kg/día sin ser la respuesta favorable, persistiendo el cuadro de uveítis posterior bilateral sin una mejoría significativa. Se practicó vitrectomía pars plana en OI, a la vez que se practicó simultáneamente la inyección subtenoniana de triamcinolona en ambos ojos, mejorando el cuadro ocular en los dos.

Tras el tratamiento pudimos observar en el fondo de ojo OD la presencia de granulomas maculares, exudados céreos en arcada temporal superior y envainamiento arteriolar en la misma arcada (Figuras 1 y 2); y en ojo izquierdo oclusión de las arterias temporal y nasal inferiores y oclusión de vena nasal inferior asociada a envainamiento de la vena temporal inferior, neovascularización papilar y granuloma coroideo en el lado nasal de la papila (Figuras 3 y 4).

El vítreo extraído del ojo izquierdo fue analizado mediante:

- Citología
- Estudio microbiológico
- Estudio PCR para virus del grupo herpes

La citología del humor vítreo se realizó mediante dos extensiones para la técnica de Papanicolau y dos extensiones para la técnica de Giemsa. En ellas se apreció, sobre fondo seroso, linfocitos pequeños en moderada cantidad, con predominio de linfocitos T-helper y ocasionales macrófagos. El resto de material se procesó como bloque celular de PAAF de humor vítreo, apreciándose la presencia de ocasionales linfocitos pequeños sin signos de atipia celular.

El estudio microbiológico fue negativo tanto la extensión Gram, Giemsa y la tinción Ziehl y Lowenstein; igualmente los cultivos para bacterias y hongos fueron negativos.

El estudio PCR fue negativo.

Lo interesante del presente caso creemos que se debe a la dificultad del diagnóstico dada la forma de presentación del cuadro clínico: la presencia de uveítis posterior bilateral sin visualización del fondo de ojo y sin signos de enfermedad sistémica definida. La ausencia de patología pulmonar asociada a un hilio mediastínico dudoso y sin ninguna afectación cutánea de la enfermedad, así como la negatividad a la respuesta al tratamiento corticoideo sistémico, dificultaron el diagnóstico definitivo de sarcoidosis. El diagnóstico se realizó al poder observar las lesiones en el fondo de ojo tras la cirugía e inyecciones

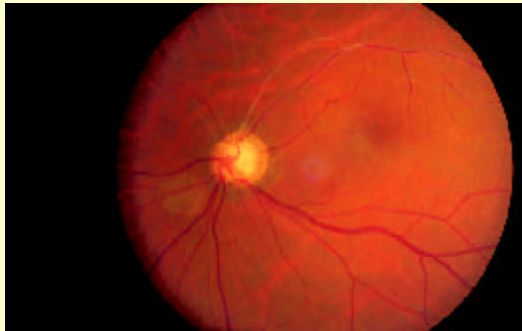


Figura 3.

Retinografía del ojo izquierdo tras vitrectomía pars plana, en la que se observa neovascularización a nivel papilar, granuloma en el lado nasal papilar, oclusión de arteria y vena nasal inferiores, y envainamiento de la vena temporal inferior

Figura 4.

Angiografía fluoresceínica del ojo izquierdo en la que se observa hiperfluorescencia papilar a las 6 y 12 horas por neovasos, hiperfluorescencia por granuloma nasal papilar y oclusión de vena y arteria nasales inferiores

subtenonianas de corticoides realizadas y poder obtener la positividad en la captación de galio-67 por los ganglios mediastínicos, prueba que ayudó a concretar el cuadro clínico sistémico por parte del médico internista.

La presentación en forma de uveítis posterior bilateral grave como en el presente caso no es la más frecuente en la sarcoidosis, siendo también poco frecuente la neovascularización de la papila (inferior a 55 de casos), estando esta última asociada a la presencia de oclusión vascular asociada según diversos autores^{4,5} y tal y como sucede en nuestro caso.

Finalmente, hemos de destacar que la respuesta ocular al tratamiento fue más favorable con la administración de corticoides por vía subtenoniana que por vía sistémica.

Bibliografía

1. Maña Rey J. Sarcoidosis. Ferreras Rozman C. *Medicina Interna*. Barcelona: Ed Mosby- Doyma Libros SA, 1995;1:1124-6.
2. Ben Ezra D, Forrester JV, Nussenblatt RB, Tabbara KF, Timonent P, Towler HMA. Complete uveitis scoring system. *Ophthalmology* 1985;92:467-72.
3. Dios Castro E, Herreras Cantalapedra JM, Calonge Cano M, Velilla Osés S. Sarcoidosis ocular. Estudio retrospectivo de 18 casos. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2002;77:301-8.
4. Doxanas MT, Kelley JS, Prout TE. Sarcoidosis with neovascularization of the optic nerve head. *Am J Ophthalmol* 1980;90:347-51.
5. Asdourian GK, Goldberg MF, Busse BJ. Peripheral retinal neovascularization in sarcoidosis. *Arch Ophthalmol* 1975;93:1129-39.