

Síndromes de enmascaramiento

Los síndromes de enmascaramiento son un grupo de entidades clínicas que pueden ser confundidas con procesos uveíticos. Dichas entidades clínicas, si bien no frecuentes, pueden presentarse en la práctica clínica y tienen que ser bien conocidas. Los síndromes clínicos más frecuentes de enmascaramiento son:

1. El linfoma primario ocular (Figura 55).
2. La infiltración ocular por leucemias y linfomas (Figuras 56 y 57).

3. El desprendimiento periférico retiniano.
4. Tumores primarios oculares, como puede ser el melanoma (Figura 58).
5. Afectación ocular por tumores metastásicos de otros órganos (Figura 59).

El linfoma ocular es, con mucho, la enfermedad que puede ser confundida con un proceso uveítico. El linfoma ocular puede afectar todas las estructuras oculares y puede manifestarse con diferentes aspectos clínicos semejando un proceso infeccioso o pare-

Figura 55.
Linfoma primario

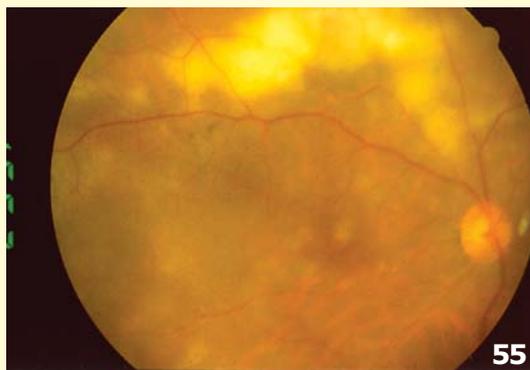


Figura 56.
Infiltración nervio óptico por leucemia

Figura 57.
Infiltración retiniana por leucemia T en remisión periférica simulando uveítis infecciosa



Figura 58.
Melanoma coroideo periférico que debutó como uveítis agudas anteriores recidivantes

cerse a un síndrome de puntos blancos. La forma más frecuente es la de uveítis intermedia de comienzo en pacientes mayores de 65 años y con mala respuesta clínica. La presencia de una uveítis a esta edad, sea uni o bilateral, nos tiene que llevar a pensar en esta entidad clínica y practicar según evolución una citología del líquido vítreo, un estudio citológico, y a ser posible pasar el material recogido por citometría de flujo, que nos dará una monoclonalidad de los linfocitos, siendo diagnóstico de enfermedad hematológica maligna. El linfoma primario ocular suele ser de origen B y se asocia a linfomas del SNC en más del 60% de los casos pudiendo tardar años en aparecer tras su diagnóstico ocular.

La infiltración por leucemias y linfomas oculares secundarios es poco frecuente. Puede ser el debut de la enfermedad o en la evolución clínica. Tendremos que hacer el diagnóstico diferencial con las entidades infecciosas que pueden acompañar a la inmunosupresión que presenta en dichos pacientes. También el estudio vítreo o la biopsia retiniana nos darán el diagnóstico. Los tumores metastásicos y el melanoma maligno pueden cursar con procesos inflamatorios secundarios, siendo las metástasis coroideas en ocasiones semejantes a procesos inflamatorios de tipo granulomatoso o aparecer como un desprendimiento seroso. La presencia de una angiografía característica y del aspecto de las lesiones en el fondo de ojo nos orientará hacia el diagnóstico clínico.

Por último, el desprendimiento periférico retiniano en ocasiones puede debutar con procesos inflamatorios oculares. La presencia de células pigmentadas en vítreo y en cámara anterior nos obligará a mirar la periferia y descartar dicha entidad clínica. Presentan buena respuesta al tratamiento corticoideo

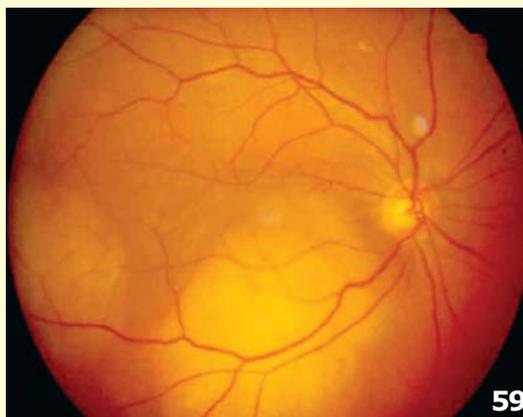


Figura 59.
Metástasis coroideas
de pulmón

asociado y al tratamiento del desprendimiento de retina.

Por último, comentar que dentro de los cuadros inflamatorios anteriores hay dos entidades clínicas que pueden simular una uveítis anterior: el glaucoma exfoliativo y la isquemia del polo anterior. Ambas entidades clínicas se pueden descartar fácilmente por la presencia de los signos oftalmológicos acompañantes que presentan. La presencia de material exfoliativo, patología de iris y pigmentación de travículo nos hace ver rápidamente que no estamos ante la presencia de una uveítis y la presencia de signos de isquemia crónica en el polo posterior, como hemorragias y aneurismas, y la ausencia de vascularización anterior e hipotonía, nos harán pensar en una isquemia ocular de predominio anterior.