

Oftalmía simpática versus síndrome de Vogt-koyanagi-harada

R. López-Lizcano¹
 R. Gallego-Pinazo¹
 E. Francés-Muñoz²
 A. Riquelme-Buendía²
 J. Francés-Matarredona²
 M. Díaz Llopis^{2,3}

¹Licenciado en Medicina

²Doctor en Medicina

³Universidad de Valencia
 Facultad de Medicina
 Institución responsable:
 Hospital Universitario La Fe, Servicio de Oftalmología
 Valencia

Correspondencia:
 Ruth López Lizcano
 Servicio de Oftalmología
 Hospital Universitario La Fe
 Av. Campanar, 21
 46009 Valencia
 E-mail: ruthy070481@hotmail.com

Resumen

Caso clínico: Mujer de 32 años consulta por disminución de agudeza visual dolorosa en ojo izquierdo. Con una visión de percepción y proyección de luz, se observa iridociclitis anterior granulomatosa y varias zonas con desprendimiento exudativo de retina. El ojo derecho muestra signos de ptisis consecuencia de un traumatismo años atrás. El tratamiento con megadosis de corticoides consigue una notable mejoría anatómica y funcional en 48 horas.

Discusión: La oftalmía simpática y el síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada comparten signos oftalmológicos y pueden asimismo manifestar síntomas neurológicos y dermatológicos comunes. La existencia de traumatismo penetrante previo excluye la posibilidad diagnóstica de Vogt-Koyanagi-Harada.

Palabras clave: Oftalmía Simpática. Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada. Panuveítis granulomatosa. Desprendimientos exudativos de retina. Megadosis de corticoides.

Resum

Cas clínic: Dona de 32 anys que consulta per disminució d'agudesa visual dolorosa a l'ull esquerra. Amb una visió de percepció i projecció de llum, s'observa iridociclitis anterior granulomatosa i varies zones amb despreniment exsudatiu de retina. L'ull dret mostra signes de ptisis conseqüència d'un traumatisme anys enrere. El tractament amb megadosis de corticoides aconseguix una notable millora anatómica i funcional a les 48 hores.

Discussió: L'oftalmia simpàtica i el síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada comparteixen signes oftalmològics i poden al mateix temps manifestar símptomes neurològics i dermatològics comuns. L'existència de traumatisme penetrant previ exclou la possibilitat diagnòstica de Vogt-Koyanagi-Harada.

Paraules clau: Oftalmia Simpàtica. Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada. Panuveitis granulomatosa. Despreniments exsudatius de retina. Megadosis de corticoides.

Summary

Case report: A 32-year-old woman presents with painful visual disturbance on her left eye. The examination reveals, with a visual acuity of light perception and projection, anterior granulomatous iridocyclitis and several areas of exudative retinal detachment in that eye. Her fellow eye shows phthisis signs as a consequence of a traumatic injury years ago. Treatment with high-dose corticosteroids achieves an anatomical and functional improvement in 48 hours.

Discussion: Sympathetic ophthalmia and Vogt-Koyanagi-Harada syndrome share ophthalmologic signs and they may also show neurological and dermatological common symptoms. The presence in the clinical history of previous penetrating injury excludes the diagnostic possibility of Vogt-Koyanagi-Harada syndrome.

Key words: Sympathetic ophthalmia. Vogt-Koyanagi-Harada syndrome. Granulomatous panuveitis. Exudative retinal detachments. High-dose corticosteroids.

El caso clínico en que se basa este artículo fue parcialmente presentado en la XXI Reunión del Grupo Español Multicéntrico de Uveítis. Los autores certifican que este trabajo no ha sido publicado ni está en vías de consideración para publicación en otra revista. Asimismo transfieren los derechos de propiedad (copyright) del presente trabajo a Annals d'Oftalmologia

Introducción

La oftalmía simpática es una panuveítis granulomatosa autoinmune que aparece después de una penetración en el ojo ya sea por un traumatismo casual o bien consecutiva a cirugía ocular¹⁻². La incidencia exacta se desconoce, pero oscila entre 1 de cada 500-1000 traumatismos penetrantes, y 1 de cada 10000 procedimientos quirúrgicos reglados³. La clínica suele comenzar entre dos semanas y dos meses después de producirse la penetración ocular; sin embargo se han descrito casos tras transcurrir sólo 5 días y también tras períodos tan prolongados como 30 o 50 años. No obstante, el 70 % de los casos más típicos ocurren en los tres primeros meses⁴.

El tratamiento clásico de esta entidad comprende la enucleación precoz del ojo incitador si tras el traumatismo no presenta ninguna posibilidad de visión. Sin embargo, nos podemos encontrar, como en nuestro caso, que el traumatismo ocurrió hace 15 años, en otro país con menor cantidad de recursos técnicos y económicos, debiendo realizar un nuevo enfoque terapéutico planteándonos medidas conservadoras como tratamiento corticoideo o medidas más agresivas como la enucleación tardía⁵.

Caso clínico

Mujer boliviana de 32 años que acude a urgencias por presentar cefalea periorbitaria bilateral y pérdida de visión aguda en su ojo izquierdo desde hace tres días.

El ojo derecho es amaurotico consecuencia de un traumatismo penetrante hace 15 años en su país, y actualmente muestra signos de ptisis (Figura 1). La agudeza visual del ojo izquierdo en el momento de la consulta era de percepción y proyección de luz.



En la biomicroscopía, observamos una leve hipereimia conjuntival, con tyndall 1,5+. En la exploración fundoscópica se aprecia vitritis 1+, y un desprendimiento de retina exudativo de todo el polo posterior y otro afectando a la retina inferior (Figura 2).

Ante el cuadro clínico observado, se instaura tratamiento con metilprednisolona intravenosa (250mg/6 horas) y colirios midriático cada 8 horas y acetato de prednisolona cada 6 horas. Al segundo día de tratamiento la MAVC es de 0,2. En la fundoscopia se aprecia ausencia de vitritis y disminución del desprendimiento exudativo, apareciendo una imagen de pseudoforamen macular (Figura 3). Se realiza una OCT que muestra la persistencia de líquido subfoveal (Figura 4) y una AGF con un patrón moteado, sin claros signos hiperfluorescentes, estable en el tiempo (Figura 5).

Tras tres días del tratamiento intravenoso pasamos a administración oral de prednisona (60mg diarios con reducción paulatina de la dosis). A los 15 días de tratamiento oral, se alcanza una MAVC de 0,6, así como una reeplicación completa de las zonas de

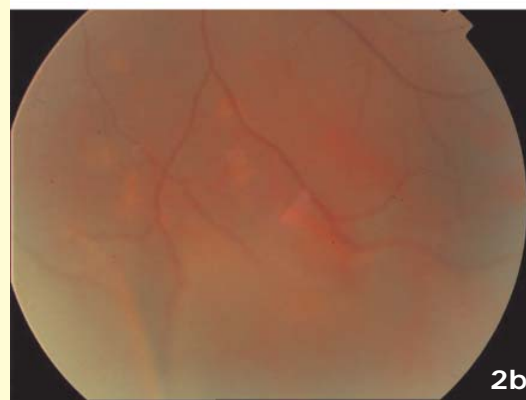
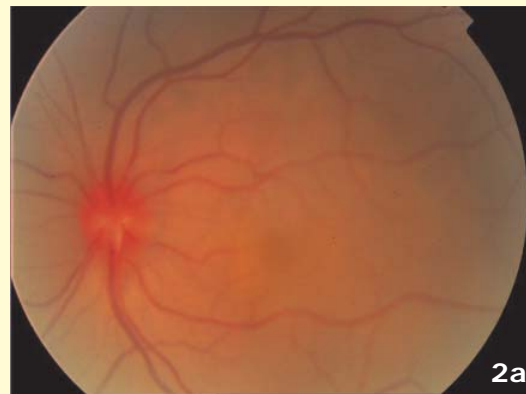


Figura 1.
El ojo adelfo muestra signos de ptisis tras haber sufrido un traumatismo penetrante 15 años atrás en Bolivia

Figuras 2a y 2b.
Desprendimientos de retina exudativos en polo posterior y zona inferior presentes al diagnóstico

Figura 3.
Reaplicación casi completa de la retina con imagen de pseudofoamen macular tras dos días de tratamiento intravenoso con megadosis de corticoides

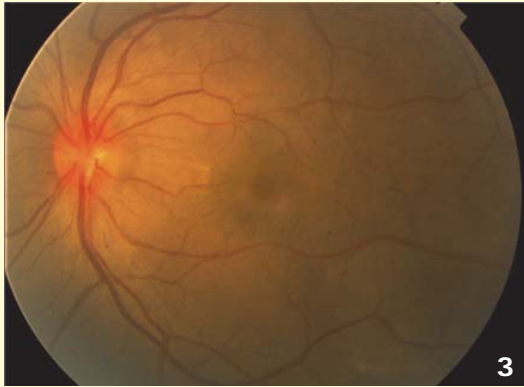


Figura 4.
OCT realizada tras dos días de tratamiento intravenoso con megadosis de corticoides donde se observa la presencia de líquido subfoveal

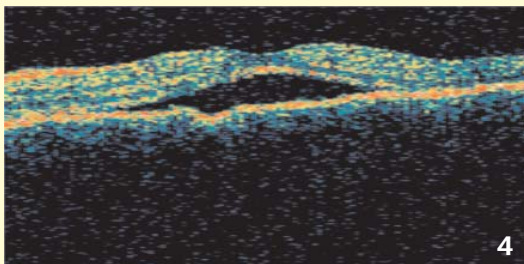


Figura 5.
AGF tras dos días de tratamiento intravenoso con megadosis de corticoides que muestra un patrón moteado sin claros puntos hiperfluorescentes ni de fuga de colorante

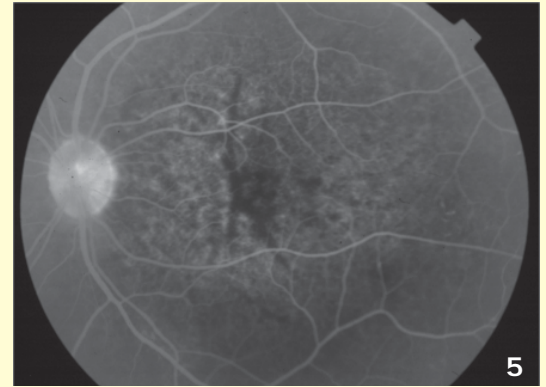
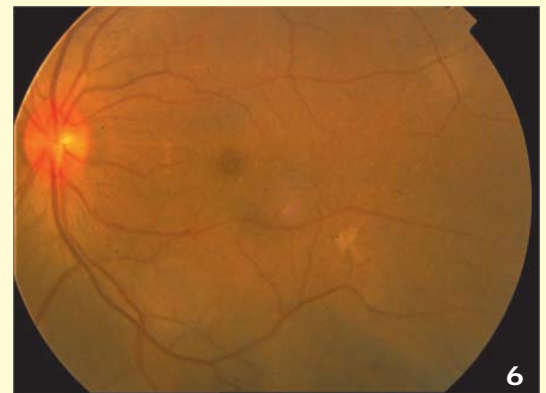


Figura 6.
Aspecto del polo posterior de la retina tras 15 días de tratamiento esteroideo, donde se aprecia una notable mejoría. La MAVC es de 0,6



retina afectadas y una disminución casi completa del fluido subretiniano comprobado mediante OCT (Figura 6).

El resultado de las pruebas complementarias y serologías solicitadas fueron negativas, descartando de este modo un improbable origen infeccioso del cuadro dados los signos clínicos del mismo.

Actualmente, tras seis meses de seguimiento, cinco de ellos con corticoides orales a dosis decrecientes y un mes sin medicación, la paciente no ha presentado ningún nuevo episodio de inflamación ocular ni pérdida de visión, por lo que de momento no se ha planteado la enucleación del ojo incitador.

Discusión

Ante este cuadro consistente en iridociclitis granulomatosa y desprendimientos exudativos de retina debe establecerse el diagnóstico diferencial principalmente

entre dos entidades: el síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada y la oftalmía simpática. Obviamente es menester descartar posibles causas infecciosas asociadas.

Ambas entidades son panuveítis granulomatosas que comparten ciertos signos oftalmológicos como la iridociclitis, los desprendimientos retinianos exudativos o los nódulos de Dalen-Fuchs; manifestaciones cutáneas como vitíligo, alopecia o poliosis; y también síntomas neurológicos como acúfenos, meningismo, cefalea y pleocitosis de líquido cefalorraquídeo. Todas estas manifestaciones sistémicas son más frecuentes en el síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada que en la oftalmía simpática; no obstante puede aparecer solamente la clínica ocular definiéndose entonces como síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada probable.

Así, aunque la frecuencia entre los casos de panuveítis de un síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada sea superior (3-25%) a los de oftalmía simpática (2-6%)², no hay que olvidar que como criterio diagnóstico necesario y

fundamental en el síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada se encuentra la ausencia de traumatismo penetrante ocular, que nuestro caso no cumple. Por tanto, nuestro diagnóstico es el de oftalmía simpática diferida en el tiempo, ya que lo más frecuente es que ocurra en los tres primeros meses tras el traumatismo⁵.

Clásicamente, el único tratamiento preventivo reconocido para evitar la instauración del cuadro en el ojo sano, es la enucleación del ojo del traumatismo (ojo incitador) en las dos primeras semanas si no existe ninguna posibilidad de visión^{6,7}. Sin embargo, podemos encontrarnos con que ese período ya ha sido sobrepasado y entonces planteamos un tratamiento conservador para tratar la panuveítis desencadenada (corticoides tópicos y sistémicos, asociados o no a terapia inmunosupresora), o bien realizar una enucleación tardía. En nuestro caso, se ha optado por un tratamiento conservador, obteniendo buenos resultados hasta el momento.

Bibliografía

1. Feitosa de C, Calonge Cano M, Pastor Jimeno JC, Baíllez Fidalgo C, Saornil Alvarez MA, Méndez Díaz MC. Oftalmía Simpática postvitrectomía tras traumatismo y taponamiento con perfluorocarbono líquido. *Arch Soc Esp Ophthalmol* 2004;79(11):553-6.
2. Sanabria Ruiz-Colmenares MR, Rodríguez De La Rúa Franch E, Aragon Roca JA, Calonge Cano M, Saornil Alvarez MA, Pastor Jimeno JC. ¿Puede aumentar el riesgo de oftalmía simpática el uso intraocular de aceite de silicona? *Arch Soc Esp Ophthalmol* 2003;78:39-42.
3. Pulido JS. *Retina, coroides y vítreo: Los requisitos en oftalmología*. Madrid: Elsevier España 2003.
4. Gold DH, Lewis RA. *Clinical Eye Atlas. American Medical Association*. Chicago: Marban 2005;520-8.
5. Albert DM, Díaz-Rohena R. A historical review of sympathetic ophthalmia and its epidemiology. *Surv Ophthalmol* 1989;34:1-14.
6. Chan CC, Roberge FG, Withcup SM, Nussenblatt RB. 32 cases of sympathetic ophthalmia: a retrospective review at de National Eye Institute, Bethesda, MD, from 1982-1992. *Arch Ophthalmol* 1995;113:597-600.
7. Boyd SR, Young S, Lightman S. Immunopathology of the noninfectious posterior and intermediate uveitides. *Surv ophthalmol* 2001;46:209-33.