

Uveítis anterior y granuloma coroideo contralateral. Reporte de un caso

Anterior uveitis and contralateral choroidal granuloma. Case report

A. Aqueveque, F. Antaki

Servicio de Oftalmología. Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Montreal. Canadá.

Correspondencia:

Andrés Aqueveque

E-mail: dr_aqvq@hotmail.cl

Resumen

Se presenta el caso de un varón de 60 años con uveítis anterior derecha asociado a granuloma coroideo izquierdo. Durante el estudio etiológico se obtienen pruebas positivas para tuberculosis y sarcoidosis lo que dificulta el diagnóstico y la decisión terapéutica. Sin la biopsia pertinente, se decide iniciar tratamiento empírico con un buen resultado visual y funcional bilateral.

Mediante unidades multidisciplinarias bien organizadas, el diagnóstico y tratamiento de pacientes afectados de inflamaciones intraoculares atípicas es más óptimo y oportuno.

Palabras clave: Granuloma coroideo. Uveítis posterior. Sarcoidosis ocular. Uveítis atípica.

Resum

Es presenta el cas d'un home de 60 anys amb uveítis anterior dreta associat a granuloma coroïdal esquerre. Durant l'estudi etiològic s'obtenen proves positives per a tuberculosis i sarcoidosis el que dificulta el diagnòstic i la decisió terapèutica. Sense la biòpsia pertinent, es decideix iniciar tractament empíric amb un bon resultat visual i funcional bilateral.

Mitjançant unitats multidisciplinàries ben organitzades, el diagnòstic i tractament de pacients afectats d'inflamacions intraoculars atípiques és més òptim i oportú.

Paraules clau: Granuloma coroideo. Uveítis posterior. Sarcoidosi ocular. Uveítis atípica.

Abstract

We present the case of a 60-year-old male with right anterior uveitis associated with left choroidal granuloma. During the etiological study, positive tests for tuberculosis and sarcoidosis are obtained, which makes more difficult the diagnosis and therapeutic decision. Without the pertinent biopsy, it was decided to start empirical treatment with a good bilateral visual and functional outcome.

Through well-organized multidisciplinary units, the diagnosis and treatment of patients affected by atypical intraocular inflammations is more optimal and timelier.

Key words: Choroidal granuloma. Posterior uveitis. Ocular sarcoidosis. Atypical uveitis.

Introducción

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa sistémica de origen incierto cuya afectación primaria es pulmonar¹⁻³. En su patogenia destaca una respuesta T-helper local y/o sistémica, en que linfocitos CD4 y macrófagos activados se acumulan en los órganos afectados³. Secundariamente, puede existir compromiso extrapulmonar como la piel, hueso, hígado, riñón, corazón, tracto respiratorio superior, sistema nervioso central y ojo. El compromiso ocular es bastante frecuente⁴, sin embargo, la presentación singular como granuloma coroideo hace necesario descartar otras patologías.

Caso clínico

Varón de 60 años que acudió por cuadro de uveítis anterior derecha, tratado inicialmente con prednisolona al 1% y ciclopentolato tópicos, con buena respuesta inicial. Presentó una mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 20/30 ojo derecho (OD) y 20/20 en ojo izquierdo (OS), y presión intraocular (PIO) de 18 y 22 mmHg respectivamente. En la exploración del OD se observó la presencia de células +2, precipitados queráticos finos difusos y sinequias iridianas posteriores a las 2, 4, 7, 9 y 12 h; con presencia de vitritis +2, sin otras alteraciones en el segmento posterior. En OS, se observó la presencia de células y vitritis anterior +/-, asociado a una lesión blanco-amarillenta coroidea sobre elevada de 1 diámetro papilar (DP) en relación a la arcada temporal superior, sin fluido

subretiniano (Figura 1). En retina periférica inferior se encontró además flebitis segmentaria y una microhemorragia retiniana en llama (Figura 1).

En la tomografía de coherencia óptica (OCT) de la lesión se comprobó la afectación coroidea sin compromiso de la retina subyacente (Figura 2) y, mediante angiografía por OCT (OCT-A), se descartó afectación vascular macular central en las diferentes segmentaciones (Figura 3). En la angiografía fluoresceínica (AGF) del OS se observó una hiperfluorescencia de la lesión granulomatosa, en tiempos arteriovenosos, y una gran zona de isquemia periférica inferior desde las 5 a 7 h, asociado a una zona de hiperfluorescencia por efecto ventana. Se decidió realizar un estudio sistémico en el que se encontró un hemograma completo, proteína C reactiva y velocidad de eritrosedimentación normales, Mantoux positivo (15 mm), quantiferon-TB > a 4.00 UI/mL y ECA sérica mayor a 100 UI.

La radiografía de tórax demostró la presencia de adenopatía hiliares bilaterales, comprobadas mediante tomografía axial computarizada (TAC) de tórax, permitiendo así una mejor segmentación y definición de múltiples lesiones hiliares bilaterales de hasta 15 mm de diámetro. Se solicitó biopsia de dichas lesiones mediante aspiración con aguja transbronquial guiada por ultrasonido endobronquial (EBUS-TBNA) para completar el estudio. Durante la espera de los resultados, el paciente presentó un empeoramiento progresivo de la visión bilateral, con mayor afectación en OD (20/70 y 20/25), además de mayor presencia

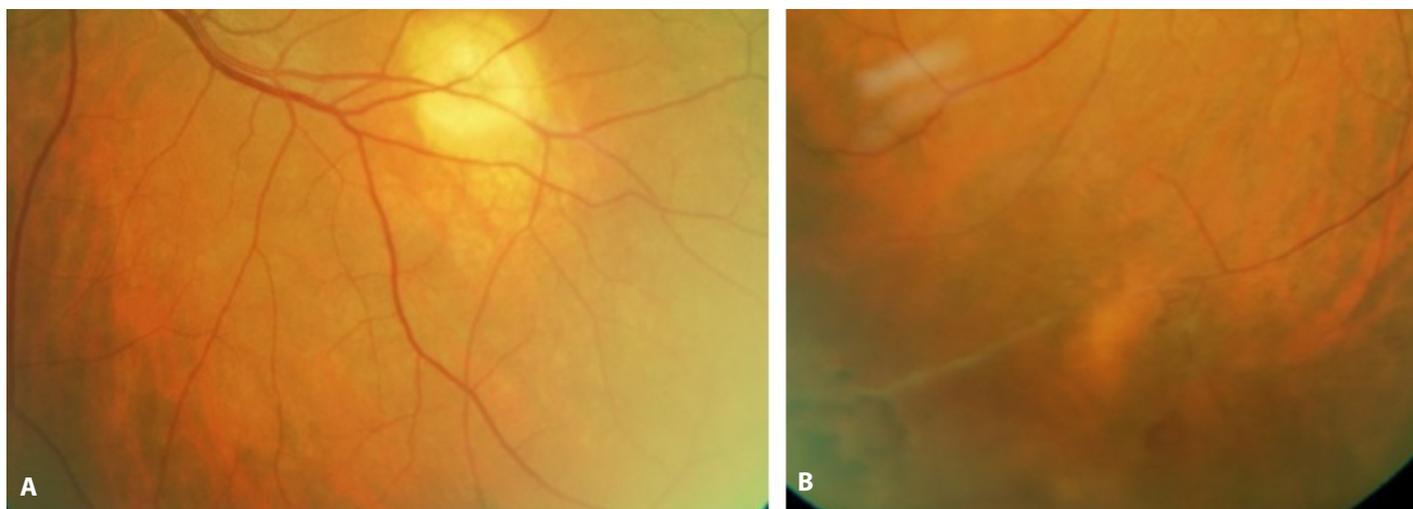


Figura 1. Retinografías ojo izquierdo. **A.** Granuloma coroideo en relación a la arcada temporal inferior de ojo izquierdo. **B.** Flebitis periférica con algún cambio pigmentario en retina periférica y una microhemorragia inferior.

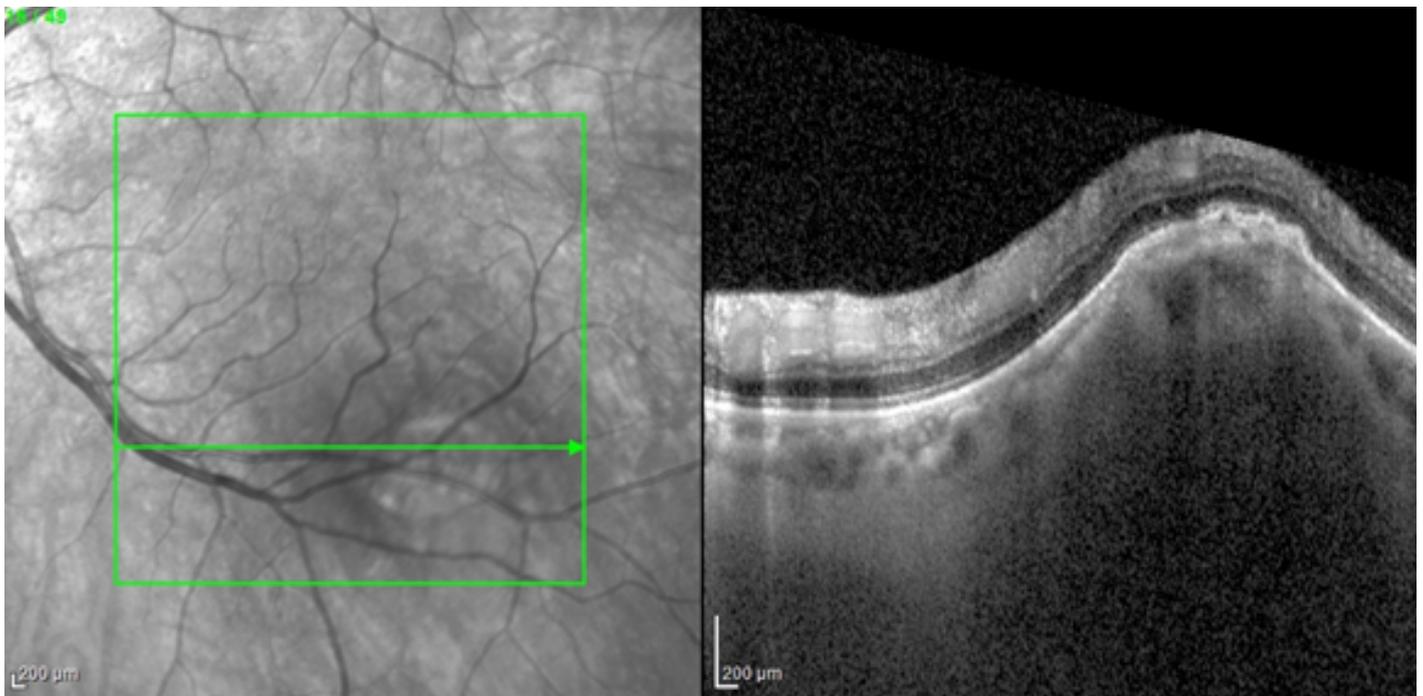


Figura 2. OCT e imagen anetrtra de la lesión. Se observa una alteración de las capas externas de la retina, sobre todo del epitelio pigmentario circundante, asociado a una imagen hiperecogénica coroidea que corresponde al granuloma. No se observan signos de exudación perilesional.

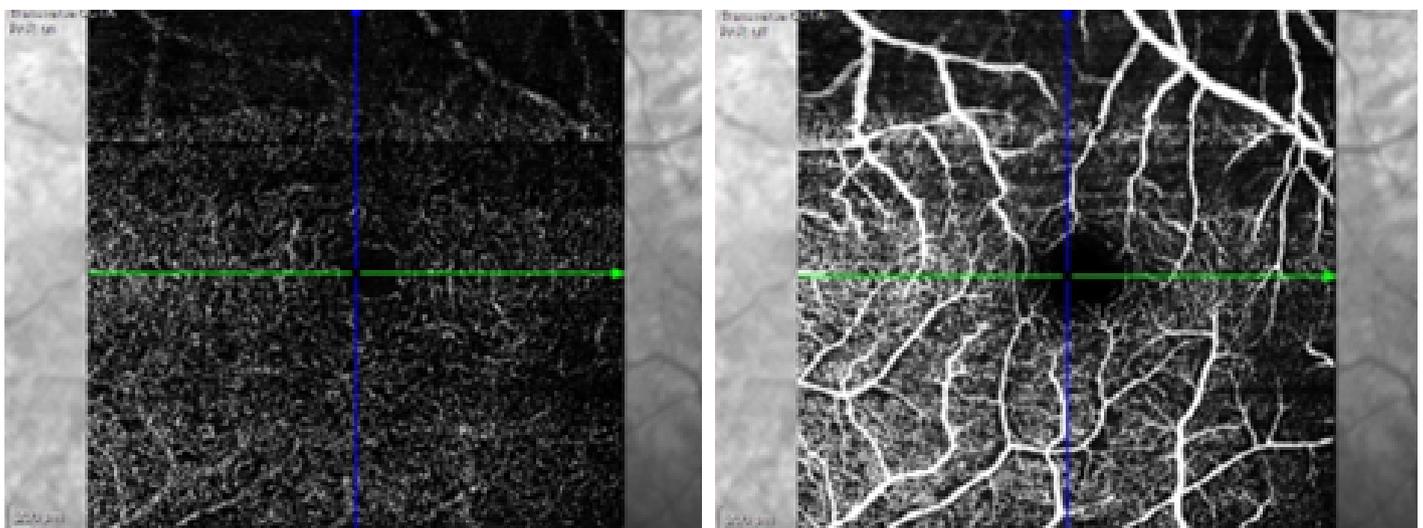


Figura 3. OCT-A de capas externas y medias que descarta afectación vascular macular central.

de células en cámara anterior +3 y 1+ en OS, sin cambios en la fundoscopia.

En la AGF se observó fuga macular en OD, además de la misma zona de isquemia inferior periférica en OS, asociado a una nueva área de hipofluorescencia focal nasal inferior con zonas de

hiperfluorescencia perilesional de +/-3DP (Figura 4). Asimismo, el paciente refirió haber iniciado lesiones dérmicas inespecíficas, descritas como nódulos subcutáneos eritemato-marroneáceas, mal delimitados, infiltrados y asintomáticos, distribuidos por tronco y extremidades (Figura 5).



Figura 4. Angiografía con fluoresceína. **A.** Se observa fuga de contraste en el área macular de ojo derecho. **B.** Se observa una gran zona de isquemia periférica inferior asociado a zonas de hiperfluorescencia por efecto ventana secundario a atrofia por desgarro retiniano tratado antiguo en ojo izquierdo. **C.** Se observa un área de hipofluorescencia de 3 DP con zonas de hiperfluorescencia perilesional en la región nasal inferior en ojo izquierdo.



Figura 5. Fotocomposición de lesiones nodulares en piel, eritemato-marronáceas distribuidas por el tronco y extremidades.

Debido a la evolución tórpida y a un mayor compromiso ocular bilateral, se decidió iniciar tratamiento con prednisona oral 60mg/día, ácido alendrónico y vitamina D, asociado a isoniacida-piridoxina 300/50mg/día a modo de quimioprofilaxis para tuberculosis, previo al resultado de la biopsia.

A la semana de iniciado el tratamiento el paciente presentó una MAVC de 20/40 OD y 20/20 OS. Se observó una menor actividad

inflamatoria en ambos ojos, con leve presencia celular en cámara anterior en OD. Al mes, mejoró la MAVC a 20/25 OD y 20/20 OS, sin presentar actividad inflamatoria intraocular. Solo se destacó la presencia de sinequias posteriores y edema macular quístico residual en OD. Se observó además una mejoría del granuloma en OS, presentando una reducción en tamaño, y cambios pigmentarios asociados a atrofia retiniana periférica.

Discusión

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa no caseificante de origen incierto³. Su pronóstico y evolución es impredecible debido a que puede afectar múltiples órganos sin un patrón establecido y sin la presencia de marcadores clínicos de actividad⁵. Su debut puede ser agudo, subagudo o crónico, por lo que en ciertos casos puede comportarse de manera silente y asintomática. Generalmente existe una afectación pulmonar, pero no siempre existen síntomas respiratorios que hagan sospecharla.

La prevalencia de la afectación ocular varía entre un 13-79% y la expresión ocular, como primer síntoma, varía entre un 20-30%⁶. Si bien esta enfermedad puede afectar cualquier parte del ojo o sus anexos, la uveítis se representa el 30-70% de los casos, en tanto la presencia de uno o varios granulomas es bastante atípica (5,5-12%)⁷. En cuanto a la afectación dérmica, el eritema nodoso es la manifestación más comúnmente descrita ocurriendo en aproximadamente el 20-30% de los pacientes⁸.

Para su diagnóstico definitivo, es imprescindible realizar una biopsia que muestre un granuloma no caseificante. En ausencia de una biopsia, se puede plantear un diagnóstico presunto al observarse linfadenopatías hiliares bilaterales a la radiografía de tórax (o la TAC de tórax), asociado a uveítis compatible⁹.

Entre los signos clásicos de sarcoidosis ocular se destaca, al igual que en el presente caso, la presencia de precipitados retroqueráticos pequeños, sinequias anteriores en tienda de campaña, lesiones múltiples coriorretinianas periféricas, periflebitis segmentaria, granuloma o nódulo coroideo solitario y la bilateralidad⁹.

Es importante destacar el rol de las imágenes en oftalmología para la valoración de las lesiones. La OCT juega un rol fundamental en el estudio de los granulomas y el edema macular quístico, y la OCT-A permite segmentar las imágenes para un estudio más certero. La AGF aporta información crucial en presencia de vasculitis, permitiendo una mejor valoración de la periferia retiniana.

En el presente caso, el diagnóstico fue algo más complejo debido a la presencia de pruebas de tuberculosis alteradas que impiden diferenciar entre infección activa o latente. Debido a la imposibilidad de la realización de una biopsia, sumado a una gran afectación ocular bilateral, fue necesario iniciar tratamiento empírico con dosis plenas de corticoterapia oral asociado a isoniácida en esquema profiláctico para tuberculosis, con buena respuesta del cuadro.

Conclusión

Ante la presencia de un granuloma, se ha de tener en consideración un sinnúmero de entidades, entre las que se destacan principalmente la tuberculosis y la sarcoidosis¹⁰.

Frente a la sospecha de sarcoidosis, sin la posibilidad de contar con una biopsia pulmonar, es necesario iniciar tratamiento empírico para evitar complicaciones.

Una unidad altamente especializada en uveítis permite enfrentar cuadros de inflamaciones oculares atípicas y difíciles de filiar, de una manera más efectiva.

Fuentes de financiación

No existieron fuentes de financiación para el presente trabajo.

Bibliografía

1. Torpy JM, Alison E, Burke, MA, Golub RM. Sarcoidosis. *JAMA*. 2011;305:423-4.
2. Iannuzzi MC, Rybicki BA, Teirstein AS. Sarcoidosis. *New England Journal of Medicine*. 2007;357:2153-66.
3. Bargagli E, Prasse A. Sarcoidosis: a review for the internist. *Internal and Emergency medicine*. 2018;13(3):325-31.
4. Jabs DA, Johns CJ. Ocular involvement in chronic sarcoidosis. *American Journal of Ophthalmology*. 1986;102(3):297-301.
5. Bargagli E, Mazzi A, Rottoli P. Markers of inflammation in sarcoidosis: blood, urine, BAL, sputum, and exhaled gas. *Clin Chest Med*. 2008;29:445-58.
6. Atmaca LS, Atmaca-Sonmez P, Idil A, Kumbasar OO, Celik G. Ocular involvement in sarcoidosis. *Ocul Immunol Inflamm*. 2009;17(2):91-4.
7. Dufay-Dupar B, Soubrane G, Ortonne N. Choroidal white dots and sarcoidosis. *J Fr Ophthalmol*. 2006; 29:e23.
8. Velter C, Lipsker D. Cutaneous panniculitis. *Rev Med Intern*. 2016;37(11):743-50.
9. Herbot CP, Rao NA, Mochizuki M, the members of the Scientific Committee of the First International Workshop on Ocular Sarcoidosis (IWOS) International criteria for the diagnosis of ocular sarcoidosis: results of the first International Workshop on Ocular Sarcoidosis (IWOS) *Ocular Immunology and Inflammation*. 2009;17(3):160-9.
10. Cetinkaya E, Ozgul M, Nicksarlioglu E, Onaran H, Acat M. Positivity of quantiferon-TB tests in sarcoidosis patients. *Euro Resp J*. 2013;42:P3794.