

Tuberculosis intraocular: un diagnóstico retrospectivo

Autores:

Dres. Martina Larroudé* y Gustavo A. Budmann*

*Hospital Oftalmológico Pedro Lagleyze

Contacto: martinalarroude@hotmail.com

Recepción: 14/4/2019

Aprobado: 16/4/2019

Disponible en www.sao.org.ar

Arch. Argent. Oftalmol. 2019; 13: 61-64



Abstract

Ocular tuberculosis is an extrapulmonary tuberculous condition and has variable manifestations. The incidence of tuberculosis is still high in developing countries and a steady increase in new cases has been observed in industrial countries as a result of the growing number of immunodeficient patients and migration from developing countries. Choroidal granuloma is a rare and atypical location of tuberculosis. We present a case of a presumptive choroidal granuloma, its treatment and response. This case showed the diagnostic difficulties when there is no history of tuberculosis. The recognition of clinical signs of ocular tuberculosis is extremely important as it can provide clinical pathway toward tailored investigations and decision making for initiating anti-tuberculosis therapy.

Key words: *intraocular tuberculosis, ocular tuberculosis, choroidal granuloma, granulomatous uveitis, posterior uveitis.*

Resumen

La incidencia de tuberculosis (TB) aún es alta en los países en desarrollo y se observa un crecimiento sostenido de nuevos casos en los países industrializados como resultado del aumento en el número de pacientes inmunocomprometidos y, por las migraciones desde países en desarrollo. Una de las formas de presentación de la TB extrapulmonar, es la afectación ocular, la cual puede manifestarse de formas muy diversas. El granuloma coroideo es una forma rara de presentación con una localización atípica.

Presentamos un caso de presunto granuloma coroideo por tuberculosis, su tratamiento y la respuesta al mismo. Este reporte expone las dificultades diagnósticas cuando no hay historia previa de TB. El reconocimiento de signos clínicos de tuberculosis ocular es de suma importancia, ya que pueden orientarnos y comenzar a guiarnos en la solicitud de estudios dirigidos, para arribar al diagnóstico y para tomar decisiones sobre el comienzo del tratamiento antituberculoso.

Palabras claves: tuberculosis intraocular, tuberculosis ocular, granuloma coroideo, uveítis granulomatosa, uveítis posterior.

Objetivos

Presentamos un caso de granuloma coroideo por tuberculosis (TB) presunta, su evolución y tratamiento.

Reporte del caso

Paciente de 33 años, género femenino, que es referido a la Sección de Uveítis del Hospital Oftalmológico Dr. P. Lagleyze de la Ciudad de Buenos Aires por presentar en ojo derecho (OD) un cuadro de ojo rojo y doloroso con visión borrosa de 48 horas de evolución.

Al examen presenta agudeza visual 20/20 en ambos ojos (AO), escleritis del tipo difusa en el sector nasal superior del OD, sin signos de actividad inflamatoria en el segmento anterior. El ojo izquierdo (OI) sin hallazgos destacables. La presión intraocular (PIO) dentro de límites normales AO.

Al examen de la retina se observa en OD una lesión blanco-amarillenta, de bordes difusos, con desprendimiento de retina seroso localizado a nivel de la lesión (Imagen 1). OI sin hallazgos patológicos.

La ecografía registra una lesión sólida, de reflectividad media, homogénea, de 4 mm de altura, sin movimientos vasculares espontáneos ni post movimientos, con un desprendimiento de retina seroso en el sector nasal asociado a un ligero engrosamiento coroideo localizado (Imagen 2).

Al interrogatorio por aparatos no se obtienen datos positivos relevantes. Se solicitan estudios treponémicos y no treponémicos, serología para toxoplasmosis, serología para toxocariasis, hepatograma completo, velocidad de sedimentación globular, proteína c reactiva, intradermorreacción para tuberculosis (PPD 2 UT), dosaje de la enzima convertidora de la angiotensina sérica, anticuerpos anticitoplasma de núcleo (ANCA c y ANCA p), tomografía axial computada de tórax y un screening completo por especialista en oncología.

Todos los resultados obtenidos se encontraron dentro de parámetros normales, a excepción de la prueba cutánea con PPD en la que se obtiene 8 mm de induración.



Imagen 1



Imagen 2



Imagen 3

Considerando estos resultados y, frente a la negativa de la paciente para aceptar un procedimiento invasivo en busca de una toma de muestra para estudio citopatológico, se decide iniciar prueba terapéutica con quimioterapia antituberculosis (QTATB) con cuatro drogas.

Luego de 15 días de tratamiento se observa que los bordes de la lesión se delimitan y el desprendimiento de retina seroso disminuye en su magnitud. Al cumplir los 30 días se presenta una franca reducción en el tamaño de la lesión, con pigmentación de los bordes, y resolución completa del desprendimiento de retina, pero aparece un borramiento de los márgenes del disco óptico con una hemorragia en llama parapapilar, lo cual se interpreta como una papilitis por fenómeno paradójico (Imagen 3). Por lo tanto, se adiciona a la QTATB 1 mg/kg/día de prednisona oral obteniéndose una respuesta rápida y altamente satisfactoria. La reducción en la dosis de los corticoides orales se realiza en forma lenta y gradual.

Luego de 4 meses de tratamiento la lesión se muestra reducida significativamente en su tamaño, sus bordes claramente delimitados y pigmentados (Imagen 4), sin líquido subretinal, y con resolución completa de la papilitis (Imagen 5) manteniendo la paciente la agudeza visual inicial de 20/20. Se completa el tratamiento de 12 meses con las drogas anti-TB.

Se interpreta el cuadro como un granuloma solitario por TB sin manifestaciones extraoculares.



Imagen 4



Imagen 5

Conclusión

Hemos establecido el diagnóstico presuntivo y en forma retrospectiva en nuestro caso clínico considerando la clínica compatible y altamente sugestiva asociado a una respuesta altamente satisfactoria al tratamiento realizado. Debemos tener en cuenta la alta prevalencia de tuberculosis en nuestra población¹ y que el 60% de los pacientes con manifestaciones oculares no tienen manifestaciones pulmonares².

La aparición del cuadro inflamatorio en el disco óptico luego de 2 meses de tratamiento se interpretó como un fenómeno paradójico. Dicho cuadro se cree que está dado por la muerte de los bacilos y la respuesta inflamatoria que esto suscita en pacientes inmunocompetentes³.

Basados en los signos y síntomas hallados, los resultados de los exámenes complementarios y la respuesta terapéutica, determinamos que nos encontramos frente a un cuadro de "granuloma coroideo por TB presunta" según la clasificación de Gupta⁴.

La TB continúa siendo una infección sistémica de alta prevalencia mundial; registrándose 9 millones de nuevos casos y 1.5 millones de muertes en 2013 según la OMS¹. Las personas infectadas tienen un 10% de riesgo de reactivación de la infección durante su vida, y un 50% ocurre durante el primer año. La poca frecuencia de casos con afectación ocular se debe a que la TB extrapulmonar es sólo el 20% de las formas de presentación y dentro de éstas el 1% son oculares.

Es importante remarcar que la inflamación intraocular es la forma más frecuente de afectación ocular, y dentro de ésta el compromiso posterior es lo más usual, especialmente de la coroides, vinculado con la alta concentración de oxígeno de dicho tejido^{5,6}.

Hay una gran dificultad para aislar el bacilo en los casos de uveítis^{7,8}, debido principalmente a ser una infección paucibacilar, en un tejido del cual no se puede obtener una muestra extensa, sumado al hecho de que a veces la afectación ocular es el resultado de una reacción inmunológica de hipersensibilidad; por lo cual no existe un Gold Standard para el diagnóstico de TB intraocular⁸. Una de las clasificaciones diagnósticas más aceptadas en la actualidad es la de Gupta y col.⁴, que establece tres grupos diagnósticos "TB confirmada; probable y posible".

Finalmente hay que recordar que el esquema de drogas anti-TB debe mantenerse al menos durante

9 meses asociadas o no a corticoides, para limitar el daño a los tejidos producido por la inflamación, pero estos últimos no deben usarse como monoterapia.

Debido a la alta prevalencia de TB en nuestro medio, y a las variadas formas de presentación ocular, es una patología que debemos recordar como posible etiología en los casos de uveítis. La falta de criterios diagnósticos claramente establecidos y de un Gold Standard puede generar el riesgo de errores en el diagnóstico. No diagnosticada puede ocasionar alta morbilidad visual y sobrediagnosticada predispone a los múltiples efectos adversos de la QTATB.

Por todo lo mencionado, es importante recordar los diagnósticos diferenciales como son otras causas de granulomas coroideos, a saber: sarcoidosis y toxocariasis; realizar un exhaustivo interrogatorio, una evaluación clínica completa y estudios complementarios que sostengan la presunción diagnóstica, para no demorar el inicio del tratamiento adecuado.

REFERENCIAS

1. WHO. Global tuberculosis report 2014. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/index.html
2. Gupta VI, Shouhy SS, Mahajan S, Khairallah M, Rosenbaum JT, Curi A, Tabbara KF. Clinics of ocular tuberculosis. Ocul Immunol Inflamm. 2015 Feb; 23(1): 14-24.
3. Agrawal R1, Gupta B, Gonzalez-Lopez JJ, Rahman F, Phatak S, Triantafyllopoulou I, Addison PK, Westcott M, Pavesio CE. The role of anti-tubercular therapy in patients with presumed ocular tuberculosis. Ocul Immunol Inflamm. 2015 Feb; 23(1): 40-6.
4. Gupta A, Sharma A, Bansal R, Sharma K. Classification of intraocular tuberculosis. Ocul Immunol Inflamm. 2015 Feb; 23(1): 7-13.
5. Gupta A, Gupta V. Tubercular Posterior Uveitis. International Ophthalmology Clinics. 2005;45(2):71-88.
6. Goyal JL, et al., Ocular manifestations of tuberculosis. Indian Journal of Tuberculosis. 2015 Apr;62(2):66-73.
7. Alvarez GG, Roth VR, Hodge W. Ocular tuberculosis: diagnostic and treatment challenges. Int J Infect Dis. 2009;13:432-435.
8. Lou SM, Montgomery PA, Larkin KL, Winthrop K, Zierhut M, Rosenbaum JT, et al. Diagnosis and treatment for ocular tuberculosis among uveitis specialists: the international perspective. Ocul Immunol Inflamm. 2015;23:32-9.

Los autores de este artículo no tienen intereses comerciales en ningún material de los presentados en este artículo.

SAO
Próximamente....
**NUEVA APP
DE LA SAO**
Nos estamos actualizando para
brindarles más beneficios a
nuestros socios

LA PODRÁS ENCONTRAR EN

Disponible en **App Store** **DISPONIBLE EN Google Play**

PARA MÁS INFORMACIÓN:

f SOCIEDAD ARGENTINA DE OFTALMOLOGÍA **SAO.ORG.AR** **+**54 9 11 6798 1330 **WWW.SAO.ORG.AR**