



<https://www.revclinesp.es>

IF-78. - INFLAMACIÓN OCULAR DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO. "¿TB OR NOT TB?"

M. Castillo Palma¹, T. Rueda Rueda², A. Medina Tapiá², R. González León¹, F. García Hernández¹, I. Porras Antras¹, E. Montero Mateos¹, C. Sotomayor Lapedra¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Oftalmología. Complejo Hospitalario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

Objetivos: Describir una serie de pacientes (Pt) con inflamación ocular relacionada con infección tuberculosa (TB) en una Unidad de Uveítis (UV).

Métodos: Estudio retrospectivo. Se revisaron los casos diagnosticados y tratados de UV relacionados con infección TB en nuestra cohorte de Pt con UV. El test tuberculínico (TTB) forma parte del estudio protocolizado.

Resultados: Se describen 6 Pt. Cinco tenían TTB positivo (TTB+). 1. Varón, 63 años, sin antecedentes epidemiológicos. Diagnosticado los 3 años previos de coroiditis serpiginosa tratada con glucocorticoides (GCC) y con historia de bronquitis crónica. Estudio fue normal salvo TTB+ y radiografía de tórax (RxTx) y TC de tórax (TCTx) con lesiones residuales sugestivas de TB. Las baciloskopias (BAAR) y el cultivo de Lowestein (LW) en esputo y orina fueron negativos. Se suspendieron GCC y se trató con tuberculostáticos durante 9 meses: ionizada + piracinaamida + rifampicina durante 2 meses y posteriormente rifampicina + etambutol (esquema utilizado en todos los pacientes), con remisión de la coroiditis. 2. Mujer, 38 años, con vitritis de reciente diagnóstico. Estudio negativo salvo TTB+. Sin antecedentes epidemiológicos. Se trató con GCC y quimioprofilaxis con isoniacida durante 6 meses. Mala evolución de la vitritis con formación de flóculos densos a pesar de tratamiento con ciclosporina (CYA) posteriormente asociada a micofenolato (MFN). Quince meses después se plantea etiología TB: RxTx y TCTx normales y BAAR y LW en orina negativos. Vitrectomía con citología dudosa de proceso linfoproliferativo (muestra insuficiente para microbiología); TC de cráneo y PET-TC normales. Vitrectomía contralateral: PCR positiva para Mycobacterium tuberculosis (MT) en humor vítreo (insuficiente para estudio citológico). Inició tratamiento tuberculostático con remisión de la actividad inflamatoria intraocular. 3. Mujer, 42 años, con hipertensión arterial y diabetes desde los 31 años. En un estudio rutinario le detectan arteritis obstructiva de arcada temporal ojo derecho. Estudio negativo salvo TTB+ hiperérgico. No antecedentes epidemiológicos. TcTx y LW en orina, negativos. Se trató con tuberculostáticos y laser y no ha vuelto a tener episodios similares. 4. Varón, 36 años. Diagnosticado 3 años antes de pars planitis con escasa actividad. HLAB51 positivo sin otros datos de enfermedad de Behcet; TTB+ con RxTx, TCTx normales. Durante 3 años permanece asintomático y de nuevo comienza con miodesopsias y se detectan flóculos vítreos (unilateral). BAAR y LW en esputo y orina negativos. Se inició tratamiento tuberculostático. Dos meses después, con franca mejoría, abandonó el seguimiento. 5. Varón, 75 años. Antecedentes familiares de TBC. Historia de bronquitis crónica. Dos episodios de trombosis venosa profunda con anticoagulante lúpico positivo sin datos clínicos ni biológicos de enfermedad sistémica asociada. Lo remiten por episodios de episcleritis con dependencia de GCC tópicos y orales. Investigación negativa salvo TTB+. TcTx con bronquiectasias. Tras dos meses de tratamiento

tuberculostático, franca mejoría. 6. Mujer, 18 años. Episodio previo de UV 7 años antes: edema de papila bilateral y desprendimiento de retina y cuadro constitucional con reactantes de fase aguda elevados; punción lumbar, RM cerebral, RxTx, normales y TTB-. Se trató con GCC y CYA durante dos años y quedó inactiva. Cinco años después, coroiditis granulomatosa bilateral con sospecha de TB o sarcoidosis. TTB y Quantiferon negativos; RxTx y TCTx y ECA normales. Se trató con GCC + CYA sin respuesta. Finalmente vitrectomía con PCR para MBT positiva en humor vítreo y se ha iniciado tratamiento tuberculostático.

Conclusiones: La UV relacionada con TB es de difícil diagnóstico y siempre comporta cierto grado de incertidumbre, sobre todo, si no se realizan pruebas invasivas. El diagnóstico y tratamiento precoz es crucial para evitar morbilidad y daño ocular irreversible.