

Caso	(283) Patología orbitaria: Pseudotumor inflamatorio
Autores	Susana Fernández Fernández, Silvia Ossaba, Kevin Acosta, Áurea Diez, Rebeca Gil, Fernando Sánchez
Centro	Hospital Universitario La Paz

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente varón de 70 años que acude a urgencias por ojo izquierdo rojo y doloroso de 5 días de evolución.

Analíticamente no presenta reactantes de fase aguda elevados, ni ninguna otra alteración significativa.

En la exploración oftalmológica, llama la atención una limitación de los movimientos oculares a la levoversión y levosupraducción con diplopia asociada. Fondo de ojo con retina amarillenta de difícil valoración.

Ante los hallazgos clínicos, se solicita realización de TC de órbita sin y tras administración de contraste intravenoso.

En el TC llama la atención marcados cambios inflamatorios preseptales en órbita izquierda, que se asocian con engrosamiento de los músculos recto interno y externo alcanzando sus inserciones tendinosas anteriores, así como realce y engrosamiento de la esclera con trabeculación y deflecamiento de la grasa periescleral posterior, sugestivo de epiescleritis posterior. Se evidencian además signos de dacrioadenitis, como aumento de tamaño de la glándula lacrimal izquierda, quemosis, probable desprendimiento coroideo y proptosis.

DISCUSIÓN

Ante los hallazgos clínico-analíticos y radiológicos del paciente, la primera posibilidad diagnóstica es que se trate de un proceso inflamatorio idiopático, el pseudotumor inflamatorio. Es la tercera enfermedad orbitaria más frecuente, después de la oftalmopatía tiroidea por enfermedad de Graves y los trastornos linfoproliferativos y la segunda causa más frecuente de exoftalmos, después de la oftalmopatía tiroidea. Es un diagnóstico de exclusión, que clínicamente se manifiesta como proptosis unilateral, oftalmoplejía dolorosa, quemosis y puede asociar diploplía y disminución de la agudeza visual. Existen distintos patrones clínico-radiológicos en base a las estructuras afectadas. La miositis es el patrón más frecuente, manifestándose radiológicamente como engrosamiento de músculos extraoculares incluyendo sus inserciones tendinosas anteriores, como ocurría en nuestro caso.

Se puede apreciar también engrosamiento de la glándula lacrimal, en el contexto de dacrioadenitis o hallazgos radiológicos de epiescleritis o perineuritis. Por último, se puede presentar como una masa en cualquier localización orbitaria, no estando presente este hallazgo en nuestro caso.

Los hallazgos suelen ser unilaterales, llegando a afectar a ambas órbitas hasta en un 25% de los casos.

Esta entidad responde muy bien al tratamiento corticoideo, siendo de gran ayuda en el diagnóstico diferencial de patologías orbitarias.

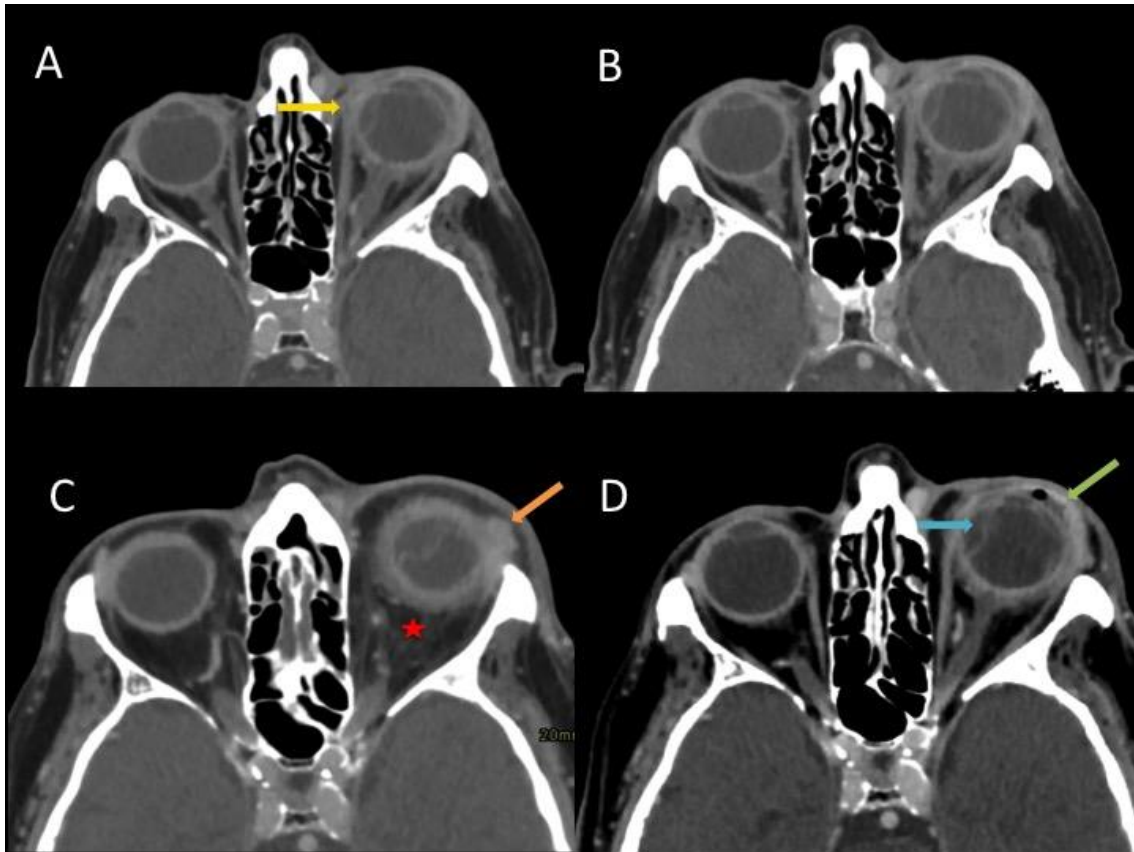
En este paciente se llevó a cabo tratamiento con corticoides, volviendo a los dos días a urgencias con una llamativa mejoría de su clínica.

Para llegar a dicho diagnóstico, se descartó la etiología infecciosa, debido a una clínica y analítica no concordante. Así mismo, la oftalmopatía tiroidea no era concluyente, ya que consiste en una afectación de los músculos extraoculares con respeto de su inserción tendinosa anterior y además los hallazgos suelen ser bilaterales y simétricos. Otra posibilidad sería una afectación linfoproliferativa, no obstante se presenta normalmente como masa de partes blandas, que se extiende a través de estructuras orbitarias.

CONCLUSIÓN

La patología oftalmológica incluye una amplia lista de diagnóstico diferencial, tenemos que familiarizarnos con ella y conocer los hallazgos clínico-radiológicos más llamativos de cada uno de ellos.

En este caso, el contexto clínico-analítico así como radiológico del paciente, orientaba hacia un proceso inflamatorio no infeccioso, y atendiendo a los hallazgos radiológicos, el pseudotumor inflamatorio era la primera posibilidad diagnóstica, confirmándose con una buena respuesta al tratamiento corticoideo.



Se realiza TC de órbitas tras administración de contraste intravenoso. A: Engrosamiento del músculo recto interno y en menor medida del recto externo, que se extiende hasta su inserción tendinosa anterior (flecha amarilla). Leve proptosis B: Marcados cambios inflamatorios preseptales. C: Mayor realce y engrosamiento de la esclera izquierda, junto con trabeculación y desflecamiento de la grasa periescleral posterior (asterisco rojo), sugestivo de epiescleritis posterior. Además, se evidencia un aumento de tamaño de la glándula lacrimal izquierda, en relación con dacrioadenitis (flecha naranja) D: Imagen de morfología alargada adyacente a la pared lateral de la órbita (flecha verde), con alguna burbuja de aire en su interior, compatible con conjuntiva bulbar edematosa (quemosis). Se evidencia además, de localización intraorbitaria, imágenes lineales/membranas hiperdensas a ambos lados de las paredes orbitarias, sugestivas de desprendimiento coroideo (flecha azul).

BIBLIOGRAFÍA

Christina A. LeBedis, Osamu Sakai. Nontraumatic Orbital Conditions: Diagnosis with CT and MR Imaging in the Emergent Setting. *RadioGraphics*. 2008;1741-1753. <https://doi.org/10.1148/rg.286085515>

Viet D. Nguyen, Achint K. Singh, Wilson B. Altmeyer. Demystifying Orbital Emergencies: A Pictorial Review. *Radiographics*. 2017; 37:947-962. <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/rg.2017160119>

Teresa A. Ferreira, P. Saraiva, S. W. Genders. CT and MR imaging of orbital inflammation. *Neuroradiology*. 2018; 60:1253-1266. Doi: 10.1007/s00234-018-2103-4