

Vigencia de la Ecografía en el Diagnóstico de Escleritis Posterior a Propósito de un Caso

Juan Carlos Ruiz M., Carolina Mateos V., María Bove A.
Hospital GU Gregorio Marañón – Hospital Infanta Leonor

La ESCLERITIS es una enfermedad crónica, dolorosa y que puede amenazar la visión. Se caracteriza por infiltración celular y edema de la esclera y epiesclera. Está comúnmente asociada a enfermedades autoinmunes sistémicas.

El Diagnóstico de la ESCLERITIS POSTERIOR es difícil por la escasez de signos visibles en el polo anterior.

Se caracteriza por aplanamiento del polo posterior, engrosamiento de las tunicas posteriores del ojo y edema.

En el examen de fondo de ojo se pueden visualizar pliegues coroideos (Fig. 1). Es útil la ecografía y la OCT.

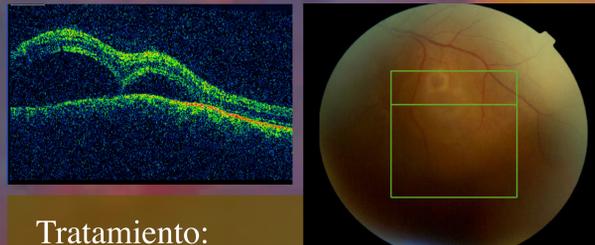
Epidemiología:

0,08% de pacientes referidos a un departamento de oftalmología.

Más frecuente en mujeres entre 4^o y 6^o décadas

Asociación a enfermedades sistémicas: 57%

48% con vasculitis o enfermedades del tejido conectivo



Tratamiento:

Siempre terapia sistémica:
AINES, corticoides o inmunosupresores.

El tratamiento tópico es ineficiente.

Fig. 1:
Pliegues
Coroideo

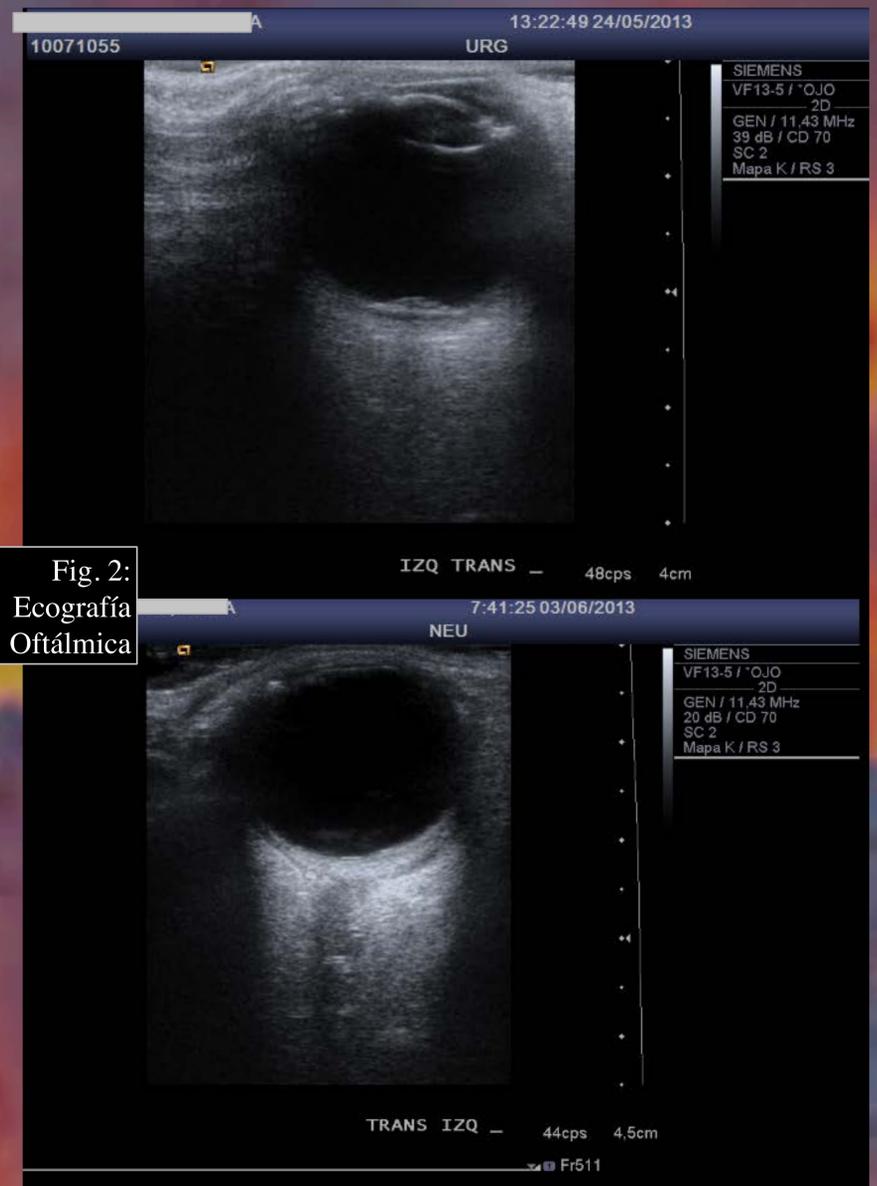


Fig. 2:
Ecografía
Oftálmica

CASO CLÍNICO:

PRIMERA CONSULTA

Paciente mujer de 36 años acude al servicio de urgencias por disminución de AV y dolor periocular izquierdo de 3 días de evolución.

Sin antecedentes oftalmológicos, fue estudiada por reumatólogo por dolor en un pie sin llegar a encontrar la causa.

No presenta síntomas de infección aguda ni otras molestias.

Fondo de Ojo (OI): Mácula con pliegues, lesión nodular en forma de diana al final de arcada temporal inferior. Retina aplicada. Papila fisiológica.

Se sospecha lesión retrobulbar, se pide una ecografía oftálmica (FIG. 2), hemograma y PCR.

La ecografía muestra aplanamiento y engrosamiento de polo posterior, compatible con escleritis posterior. Hemograma con 10.200 blancos. PCR Normal.

TRATAMIENTO

Prednisona oral 1mg/kg.
Maxidex colirio 1 gota c/4hrs

EXPLORACIÓN

AVsc OD 1,
OI 0,7 CAE No mejora.
BMC Medios transparentes.
Tyndall fino móvil +.
PIO 10mmHg AO

SEGUIMIENTO

6/06/13

AVsc OD1.0

OI 0.8 CAE 1.0

ARF: +0.50 – 1.00 @ 147° OD

+0,50 + 0.75 @ 99° OI

PIO 12mmHg AO

Polo anterior normal.

FO: Sin pliegues.

Se observa un exudado duro al final de arcada temporal inferior.

OCT: Normal (Fig.3)

Se instaure pauta descendente lenta de corticoides.

Se solicitan pruebas:

TAC Órbita: Osteoma frontal Derecho

Rx Tórax: Normal

ECA: Normal

Mantoux: Negativo

IgM Toxoplasma: Negativa

Recidiva a los 3 meses, se controla con nueva pauta de corticoides.

Actualmente la AV es de 0,9 y está en seguimiento por reumatología. La OCT es normal. (fig 4)

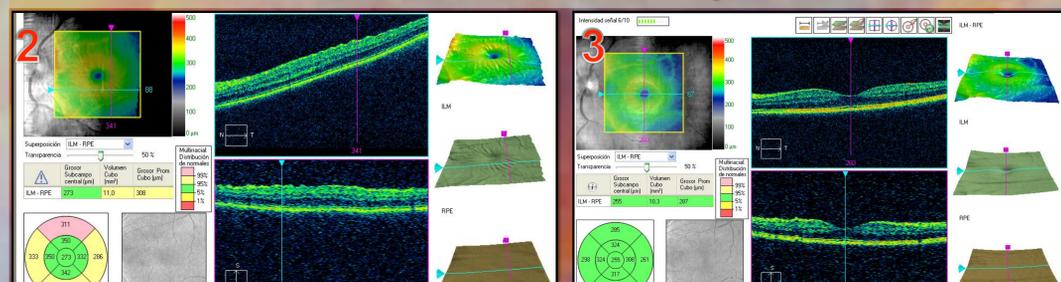


Fig. 4: Recidiva y normalización de OCT

CONCLUSIONES

- ❑ La escleritis posterior puede constituir un reto diagnóstico
- ❑ Se recomienda un tratamiento agresivo y precoz
- ❑ En este sentido, la ecografía sigue jugando un papel fundamental



Fig 3:
OCT normal y
Osteoma frontal