

Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Disminución brusca de la agudeza visual e infiltrado pulmonar

Sudden decrease in visual acuity and pulmonary infiltrates

Inés Losada^{a,*}, Carmen Cifuentes^a, Cristina Martín^b y Mercedes García^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, España

^b Servicio de Oftalmología, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca, España

Caso clínico

Paciente de 23 años de origen español, fumador como único antecedente de interés, que consultó al oftalmólogo por disminución brusca de la agudeza visual de 24 h de evolución. Refería desde hacía 9 meses episodios similares autolimitados sin otra sintomatología acompañante. Se realizó fondo de ojo, donde se observó la presencia de hemovítreo nasal e inferior, apreciándose en la retina superior y nasal hemorragias y envainamiento vascular compatible con vasculitis retiniana, confirmándose con angiofluoresceingrafía (fig. 1). Los análisis de sangre mostraron: hemograma, coagulación, función renal, ionograma, VSG y transaminasas normales, PCR 12,3 mg/l, anticoagulante lúpico, anticardiolipina, ANA y ANCA negativos y Ac anti-*Treponema pallidum* negativos. Se realizó la

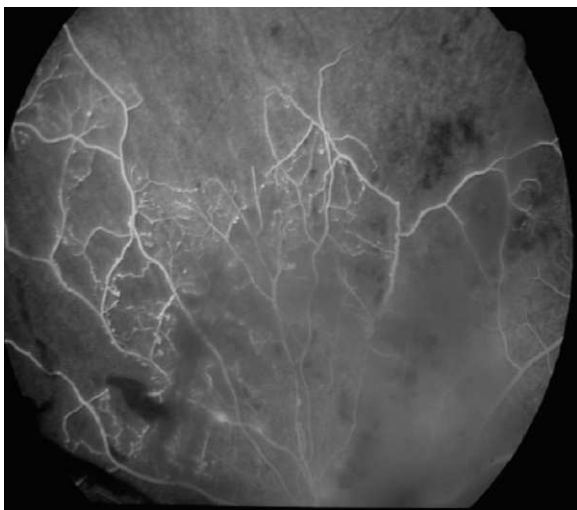


Figura 1. Vasculitis retiniana, áreas de isquemia y hemovítreo.

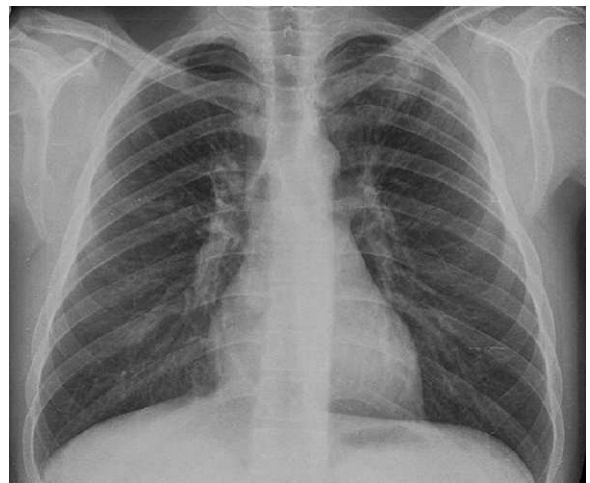


Figura 2. Infiltrado en lóbulo superior izquierdo.

prueba de la tuberculina con una induración de 18 mm y una radiografía de tórax (fig. 2).

Diagnóstico y evolución

Se obtuvo cultivo de esputo con resultado positivo para *Mycobacterium tuberculosis complex* (*M. tuberculosis*) y se realizó el estudio in vitro de QuantiFERON-TB-Gold test[®], que resultó positivo (2,32 UI/ml). Con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar bacilífera y sospecha de síndrome de Eales se pautó tratamiento tuberculostático con 4 fármacos (isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol), corticoides subcutáneos y fotocoagulación con láser. El paciente presentó una correcta evolución tanto desde el punto de vista infeccioso como ocular (fig. 3).

Comentario

La tuberculosis es un problema de salud pública muy importante. La manifestación ocular representa una de las formas poco frecuentes de tuberculosis extrapulmonar. Su incidencia en

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ineslosadalopez@hotmail.com (I. Losada).

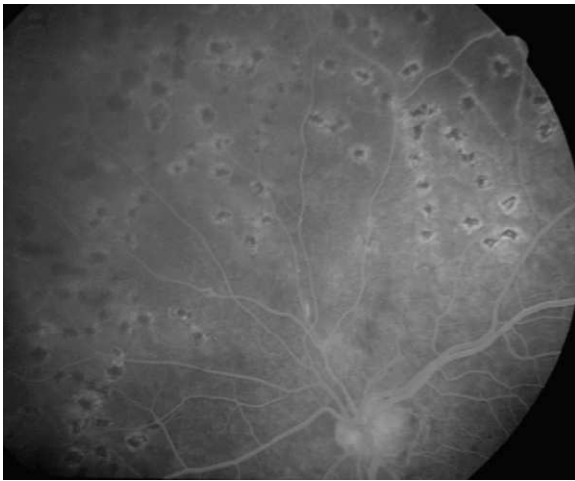


Figura 3. Vasos normalizados y cicatrices del láser.

pacientes con tuberculosis varía entre 1,46-18%¹⁻³. Ésta resulta de la diseminación hematogénica del bacilo tuberculoso tras la afectación pulmonar⁴. Se manifiesta por orden de frecuencia como uveítis posterior, anterior, panuveítis y uveítis intermedia⁴. Menos frecuente es el síndrome de Eales, que se caracteriza por ser una vasculitis retiniana recurrente. A pesar de que su etiología es incierta, se ha relacionado con las infecciones, entre ellas la tuberculosis, tanto por lesión directa del proceso infeccioso como por un mecanismo de hipersensibilidad en respuesta a *M. tuberculosis*^{5,6}. El diagnóstico de tuberculosis ocular es difícil. La positividad de la prueba de la tuberculina y la confirmación de infección sistémica apoyan el diagnóstico, pero no lo confirman. Hoy en día, la detección de DNA de *M. tuberculosis* en el humor vítreo a través de técnicas de PCR es la prueba diagnóstica de elección⁷. Además, el aislamiento del bacilo por cultivo o por técnicas genómicas⁷, así como el test de ELISA Quantiferon TB-Gold test-in Tube®, más específico para el diagnóstico de infección por *M. tuberculosis*, también apoyan el diagnóstico⁸. A pesar de que la enfermedad de Eales se ha

asociado a la tuberculosis pulmonar, es más frecuente su relación con la linfadenitis tuberculosa. El tratamiento es controvertido, aunque en nuestro caso no hay dudas sobre la indicación de instaurar tratamiento tuberculostático, por tratarse de una tuberculosis pulmonar activa. Hay poca evidencia, pero parece beneficioso el tratamiento con corticoides para disminuir la reacción de hipersensibilidad⁹ y no está claro el beneficio de los tuberculostáticos si no se confirma la tuberculosis activa. La fotocoagulación con láser argón es el tratamiento de elección en la fase proliferativa de la enfermedad y el pronóstico en general es bueno si se trata en fases precoces¹⁰. Es por ello que presentamos este caso para hacer hincapié en la necesidad de descartar la enfermedad tuberculosa en los casos de vasculitis retiniana, ya que el diagnóstico y tratamiento precoces pueden predecir un mejor pronóstico.

Bibliografía

1. Donahue HC. Ophthalmologic experience in a tuberculosis sanatorium. *Am J Ophthalmol.* 1967;64:742–8.
2. Bouza E, Merino P, Muñoz P, Sanchez-Carrillo C, Yañez J. Cortes. Ocular tuberculosis: a prospective study in a general hospital. *Medicine (Baltimore).* 1997;76:53–61.
3. Beare NA, Kublin JG, Lewis DK, Schijffelen MJ, Peters RP, Joaki G, et al. Ocular disease in patients with tuberculosis and HIV presenting with fever in Africa. *Br J Ophthalmol.* 2002;86:1076–9.
4. Gupta V, Gupta A, Rao NA. Intraocular tuberculosis—An update. *Surv Ophthalmol.* 2007;52:561–86.
5. Madhavan HN, Therese KL, Gunisha P, Jayanthi U, Biswas J. Polymerase chain reaction for detection of *Mycobacterium tuberculosis* in epiretinal membrane in Eales' disease. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2000;41:822–5.
6. Biswas J, Jain M, Narain S, Roy S, Madhavan HN. Evaluation of lymphocytes proliferation assay to purified protein derivative, enzyme linked immunosorbent assay and tuberculin hypersensitivity in Eales' disease. *Indian J Ophthalmol.* 1997;45:93–7.
7. Madhavan HN, Therese KL, Doraiswamy K. Further investigations on the association of *Mycobacterium tuberculosis* with Eales' disease. *Indian J Ophthalmol.* 2002;50:35–9.
8. Lalvani A, Pareek M. Interferon gamma release assays: principles and practice. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2010;28:245–52.
9. Elliot AJ. A thirty-year observation of patients with Eales diseases. *Am J Ophthalmol.* 1975;80:404–8.
10. Das T, Pathengay A, Hussain N, Biswas J. Eales' disease: diagnosis and management. *Eye (Lond).* 2010;24:472–82.