



# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

## Un caso inusual de dolor ocular y ceguera unilateral

A rare case of ocular pain and unilateral vision loss

Yiraldine Herrera-Martínez\*, Álvaro De Bonilla-Damiá, Irene Acevedo-Bañez y José M. Jiménez-Hoyuela García

Departamento de Medicina Nuclear, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España



### Descripción clínica del caso

Se presenta el caso de un varón de 23 años, procedente de Mali, que acudió a urgencias por dolor ocular y pérdida de visión del ojo derecho. Al examen físico se apreció hiperemia conjuntival, pupila arreactiva, Tyndall positivo, sinequias posteriores y rubeosis del iris derecho. Con el fondo de ojo se visualizó una lesión coroidea derecha con desprendimiento de retina asociado, que fue confirmada por una ecografía ocular (fig. 1). También, se apreció una adenopatía submandibular derecha de consistencia dura y dolorosa.

El paciente fue ingresado para estudio. La resonancia magnética orbitaria evidenció un desprendimiento completo de retina del ojo derecho secundario a lesiones retinianas elevadas quísticas, que ocupaban los cuadrantes inferiores del globo ocular (fig. 2A). Los hallazgos descritos plantearon el diagnóstico diferencial entre tumoración quística retiniana, quistes parasitarios y, menos probable, quistes intrarretinianos hemorrágicos. También se apreció una lesión ocupante de espacio en el hemisferio cerebeloso derecho (fig. 2B).

### Evolución

Inicialmente se realizó un hemograma, un estudio bioquímico convencional y un sistemático de orina, con resultados dentro de la normalidad. En los estudios específicos de enfermedades infecciosas posteriores se incluyó el cribado del paciente subsahariano y se descartaron parasitosis intestinales, estrongiloidosis, filariosis, parasitosis genitourinarias, malaria y leishmaniosis. También se solicitó serología para *Treponema pallidum*, CMV, VHS-1, VHS-2, VIH, VEB, VHB, VHC, VVZ y *Toxoplasma*, que resultaron negativos. Presentó un Mantoux positivo.

Se realizó biopsia de la adenopatía submandibular derecha, con salida de material caseoso y con resultado microbiológico (baciloscopia y PCR) de *Mycobacterium tuberculosis complex*. El paciente

inició tratamiento con rifampicina e isoniacida durante 12 meses, y pirazinamida y etambutol durante los primeros 2 meses.

Paralelamente, dada la evolución tórpida del paciente, se decidió la enucleación del globo ocular derecho, con resultado anatomopatológico de inflamación granulomatosa necrosante de coroides y retina en los cuadrantes inferiores, con tinción Ziehl-Neelsen negativa.

Ante la sospecha de una tuberculosis diseminada, se decidió completar estudio de extensión con una TC de tórax, que mostró únicamente consolidaciones parcheadas bilaterales, lo que indicaba la existencia de tuberculosis pulmonar reactivada, y una [<sup>18</sup>F]-FDG PET/TC, que evidenció múltiples lesiones hipermetabólicas en parénquima pulmonar de predominio izquierdo, con afectación ganglionar supradiaphragmática, lesiones hepáticas y óseas de alto grado metabólico, que parecían corresponderse con el mismo proceso infeccioso (fig. 3).

Un año después, el paciente presentó una evolución clínica favorable. En la TC de control tras finalizar el tratamiento se apreció desaparición de todas las lesiones mencionadas.

### Comentario final

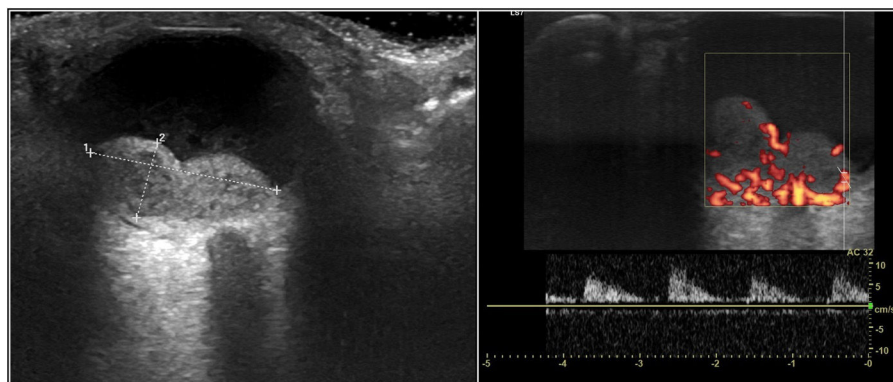
La tuberculosis es un importante problema de salud pública a nivel mundial, al ser una de las 10 principales causas de muerte entre los adultos en el mundo<sup>1</sup>. La tuberculosis extrapulmonar representa el 14% de los casos de tuberculosis, que afecta con mayor frecuencia a los ganglios linfáticos y, seguidamente, a la pleura<sup>2</sup>. Los síntomas constitucionales generales de la tuberculosis extrapulmonar a menudo están ausentes, lo que retrasa su diagnóstico<sup>2</sup>.

La uveítis posterior es la forma de afectación ocular más frecuente de la tuberculosis. Se caracteriza por un amplio espectro de hallazgos fundoscópicos, como la coroiditis multifocal o serpiginosa, tuberculomas, neurorretinitis, vasculitis retinianas de carácter isquémico y endoftalmitis<sup>3</sup>. En nuestro caso, se presentó como una inflamación granulomatosa necrosante de coroides y retina, con baciloscopia negativa.

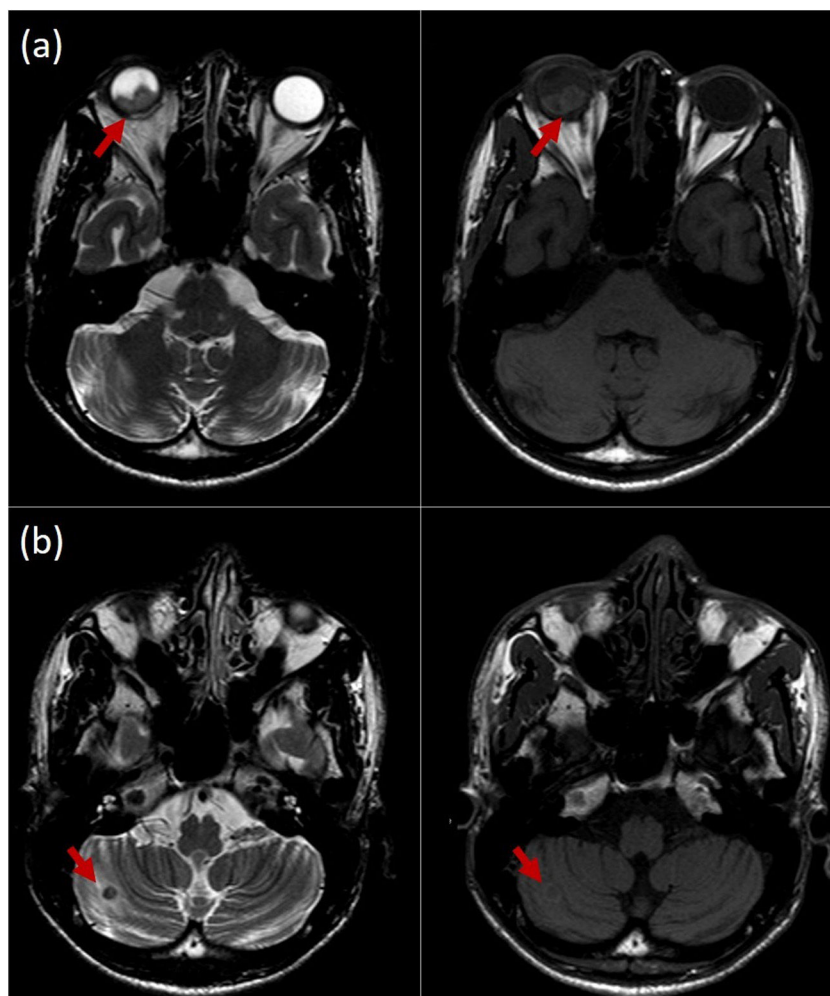
El diagnóstico de tuberculosis ocular con frecuencia es presuntivo<sup>3</sup>. El diagnóstico definitivo se basa en la demostración de bacilos tuberculosos en el tejido, pero esto conlleva la dificultad

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gerah1011@gmail.com (Y. Herrera-Martínez).



**Figura 1.** Ecografía ocular que mostró lesión bilobulada hipoeoica en región posterior de la cámara vítrea derecha, con vascularización arterial de predominio periférico, de 8 × 8 mm, sugestiva de lesión coroidea de probable etiología neoplásica.



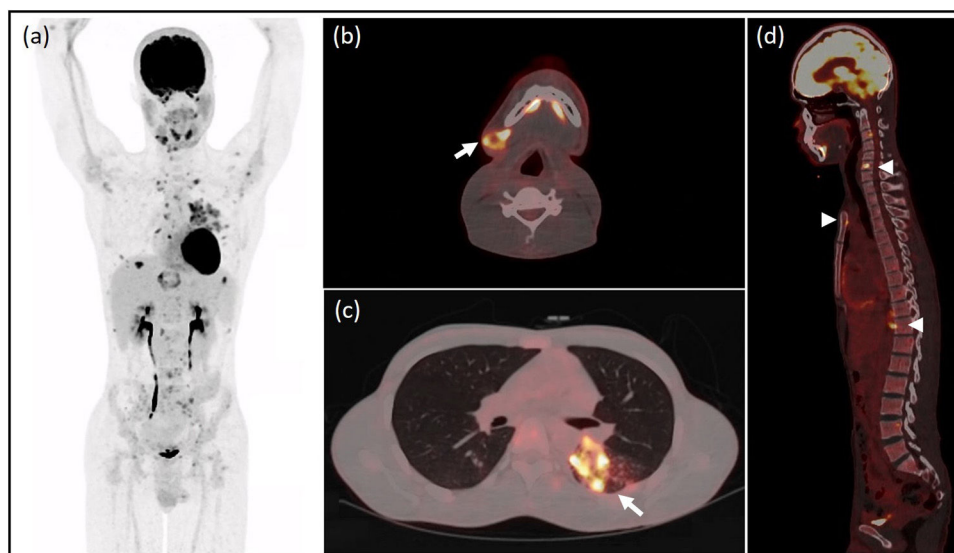
**Figura 2.** A) Resonancia magnética orbitaria en T2 y T1, que evidenció lesiones retinianas con realce liso de sus paredes, que ocupaban los cuadrantes inferiores del globo ocular. B) Lesión de 8 mm en el hemisferio cerebeloso derecho, hipointensa en T2, con relace en anillo y ligeramente hiperintensa en T1.

de obtener una biopsia. En la mayoría de los casos se suele hacer una combinación de evidencia de enfermedad sistémica, hallazgos oculares característicos y un ensayo de tratamiento terapéutico para llegar al diagnóstico<sup>3</sup>.

Presentamos el caso de un paciente procedente de África subsahariana, cuya manifestación clínica inicial fue dolor ocular y ceguera. Los hallazgos descritos plantearon el diagnóstico diferencial entre tumoración quística retiniana, como melanoma coroideo,

quistes parasitarios y, de forma menos probable, quistes intrarretinianos hemorrágicos.

Las lesiones oculares parasitarias (protozoos como *Acanthamoeba* spp., especies de *Leishmania*, *Angiostrongylus*, *Loa loa*, especies de *Dirofilaria* y gusanos planos como *Taenia solium* y *Schistosoma* spp., entre otros) pueden producir una inflamación aguda grave del tejido circundante que puede enmascarar una masa ocular inflamatoria<sup>4</sup>.



**Figura 3.** A) [ $^{18}\text{F}$ ]-FDG PET/TC mostró múltiples lesiones hipermetabólicas en parénquima pulmonar, de predominio izquierdo, con afectación ganglionar supradiafragmática, hepática y numerosas lesiones óseas de alto grado metabólico (MIP). B) Adenopatía hipermetabólica submandibular derecha (imagen axial). C) Lesiones pulmonares izquierdas de alto grado metabólico (imagen axial). D) Afectación ósea vertebral y esternal (imagen sagital).

Dada la procedencia del paciente, el diagnóstico fue desafiante, por lo que hubo que ampliar el diagnóstico diferencial para descartar enfermedades infecciosas (parasitosis intestinales, strongiloidosis, filariosis, parasitosis genitourinarias, malaria y leishmaniosis) y no infecciosas (tumores). La tuberculosis extrapulmonar también debe tomarse en cuenta a la hora de realizar el cribado del paciente subsahariano<sup>5</sup>.

La [ $^{18}\text{F}$ ]-FDG PET/TC tiene valor diagnóstico en el estudio de extensión de la tuberculosis extrapulmonar, así como en la valoración de la respuesta al tratamiento<sup>6</sup>. En nuestro caso, fue de mayor utilidad que la TC para determinar la extensión de la enfermedad.

### Consideraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del paciente para el uso anónimo de los datos clínicos e imágenes. Todos los procedimientos realizados en este estudio con participantes humanos lo fueron de acuerdo con las normas éticas del Comité de Investigación y Ética del hospital local y con la Declaración de Helsinki de 1964 y sus enmiendas posteriores o normas éticas comparables.

### Financiación

Los autores declaran que no han recibido financiación.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

### Bibliografía

1. World Health Organization. Global tuberculosis control report 2020. Ginebra: World Health Organization; 2020.
2. Rodríguez-Takeuchi SY, Renjifo ME, Medina FJ. Extrapulmonary tuberculosis: Pathophysiology and imaging findings. *RadioGraphics*. 2019;39:2023–37, <http://dx.doi.org/10.1148/rg.2019190109>.
3. Ang M, Vasconcelos-Santos DV, Sharma K, Accorinti M, Sharma Aman, Gupta A, Rao NA, et al. Diagnosis of ocular tuberculosis. *Ocular Immun Inflamm*. 2018;26:208–16, <http://dx.doi.org/10.1080/09273948.2016.1178304>.
4. Mahesh M, Pauly M, Krishna SM, Raman M, Biswas J. Clinicopathological study of parasitic lesions of the eye and ocular adnexa in a tertiary care ophthalmic center in South India. *Indian J Ophthalmol*. 2022;70:1713–7, [http://dx.doi.org/10.4103/ijo.IJO\\_2470\\_21](http://dx.doi.org/10.4103/ijo.IJO_2470_21).
5. Pérez Arellano JL, Carranza-Rodríguez C. Population screening strategies in recent immigrant to Spain. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2016;34:45–52, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2015.11.001>.
6. Bomanji J, Sharma R, Mittal BR, Gambhir S, Qureshy A, Begum SMF, et al. PET/CT features of extrapulmonary tuberculosis at first clinical presentation, a cross-sectional observational 18F-FDG imaging study across six countries. *Eur Respir J*. 2020 Feb 27;55:1901959, <http://dx.doi.org/10.1183/13993003.01959-2019>.