



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

194/22 - Síndrome de ojo seco (SOS) atípico

L. Sambrana Iglesias^a y R. Yuste Ballesta^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alcantarilla-Sagonera. Alcantarilla. Murcia. ^bMédico Residente de 4º año de Oftalmología. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 45 años acude a la consulta de AP refiriendo ojo rojo izquierdo asociado a sensación de cuerpo extraño de varios meses de evolución. La paciente refería un curso intermitente de la clínica con múltiples episodios auto limitados sin tratamiento y que en dichos episodios se produce disminución de agudeza visual (AV) y epifora. Como AP de interés: presbicia, síndrome ansioso-depresivo e hipotiroidismo.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física revela ligera proptosis de ojo izquierdo asociada a hiperemia conjuntival bilateral leve. La tinción con fluoresceína es débilmente positiva en la región inferior con un patrón punteado. Ante la sospecha de orbitopatía tiroidea se solicita un perfil tiroideo y se deriva para valoración oftalmológica. Resto de exploración física normal. Perfil tiroideo normal. RNM: engrosamiento muscular compatible. MOE: ortotropia en posición primaria, no restricciones, no diplopías, cover test: normal. PIO 16/17 Biomicroscopia: OD: hiperemia conjuntival leve, queratitis punctata (QPS) inferior Oxford I, no blefaritis. BUT (break up time) normal. Resto normal. OI: hiperemia conjuntival leve, queratitis punctata (QPS) inferior mas Oxford II, no blefaritis, BUT normal. Resto normal. Exoftalmometría +2 OI.

Juicio clínico: SOS atribuido a orbitopatía tiroidea inactiva.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de ojo seco, LOE orbitaria, queratoconjuntivitis crónica.

Comentario final: La orbitopatía de Graves constituye la causa más frecuente de exoftalmos en mujeres de mediana edad. Se presenta mayoritariamente con perfiles hipertiroideos como eutiroideos o hipotiroideos. El diagnóstico se realiza en función de parámetros tanto analíticos como radiológicos, predominando en este sentido los anticuerpos y la RNM. El tratamiento farmacológico va dirigido en la actualidad al tratamiento de las crisis. Clásicamente el pilar fundamental del mismo ha estado constituido por la corticoterapia aunque actualmente los inhibidores de la IL-6 (tocilizumab) se están viendo eficaces. Las secuelas de un diagnóstico y tratamiento tardío incluyen la formación de úlceras corneales, la diplopía y la hipertensión ocular, llegando a requerir de la cirugía para su corrección.

BIBLIOGRAFÍA

- Bradley EA. Graves ophthalmopathy. Curr Opin Ophthalmol. 2001;12:347-51.
- Pérez Moreiras JV, Prada Sánchez MC. Oftalmopatía Distiroidea. Barcelona: Edika Med; 1997.

3. Asman P. Ophthalmological evaluation in thyroid-associated ophthalmopathy. *Acta Ophthalmol Scand.* 2003;81:437-48.
4. Kanski JC. *Oftalmología Clínica*, 5^a ed. Elsevier; 2004.
5. Gerding MN, Prummel MF, Wiersinga WM. Assessment of disease activity in Graves' ophthalmopathy by orbital ultrasonography and clinical parameters. *Clin Endocrinol.* 2000;52:641-6.