



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1080 - PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO ORBITARIO-A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Luna Calcaño^a, J.J. Gomáriz García^a, F. Alcázar Manzanera^b, R. Yuste Ballesta^c, A. Cano Espín^d, I.M. Santos Carrillo^e, T. Ricart Peña^f, I. López Ibáñez^g, Z.M. García Soto^h y P. Henríquez Adamesⁱ

^aMédico de Familia. Centro de Salud Lorca Sur. Lorca, Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. ^cMédico residente de 4º año de Oftalmología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ^dMédico de Familia. Centro de Salud García Noblejas. Madrid. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia. ^fMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-San Andrés. Murcia. ^gMédico de Familia. CSI Juan Llorens. Valencia. ^hMédico de Familia. Centro de Salud Moratalla. Murcia. ⁱMédico de Familia. Centro de Salud Blanca. Cieza. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 52 años que acude al servicio de urgencias hospitalarias por dolor ocular derecho de 24 horas de evolución que asocia dolor hemicraneal homólogo y diplopía. No náuseas. No vómitos. Niega disminución de la visión. No fiebre. AP: No HTA. No DM. No dislipemia. AQ: Fractura de húmero 2007. Amigdalectomía. EF: Buen estado general. Consciente y orientado. Normocoloreado y normohidratado. Afebril y eupneico. Nervioso por la situación de su ojo. TA: 154/109 mmHg. Temp: 36,3. FC: 74 pm.

Exploración y pruebas complementarias: Examen ocular con linterna: proptosis ojo derecho con leve hiperemia. Cámara anterior indemne con pupila isocórica normorreactiva. No hay defecto pupilar aferente relativo (DPAR). Retropulsión ocular derecha dolorosa y con limitación. Limitación para la elevación y abducción del ojo derecho. El ojo izquierdo es normal. Analítica: GLU ; 88 mg/dl. Urea: 36,0. Creatinina: 1,07. Calcio: 9,6. Colesterol: 203. Triglicéridos: 119. Ácido úrico: 6,4. GOT: 24. GPT: 32. GGT: 23. Sodio: 141. Potasio: 4,8. Hb: 16,2 g/L. Hto: 47,4%. Plaquetas: 233. Leucocitos: 7,20. PSA: 0,56 ng/mL. TSH: 2,58 UI/mL.

Juicio clínico: Ante la clara manifestación de una proptosis ocular y descartando por analítica un trastorno tiroideo compatible (hipertiroidismo-Graves Basedow- aunque la afectación en este caso suele ser bilateral), se solicita un TAC orbitario urgente con la sospecha diagnóstica de pseudotumor inflamatorio orbitario derecho. El TAC orbitario revela una masa solida intraorbitaria derecha de 2.5*1.5 cm que desplaza craneal y lateralmente al nervio óptico hipoecoica y sin vascularización, compatible con pseudotumor orbitario inflamatorio.

Diagnóstico diferencial: Oftalmopatía tiroidea. Trastorno linfoproliferativo. Hemangioma orbitario.

Comentario final: El pseudotumor inflamatorio orbitario, actualmente llamado enfermedad

inflamatoria orbitaria idiopática (EIOI), es un trastorno infrecuente, pero aún así constituye el 5-6% de los casos de inflamación orbitaria. Su diagnóstico es importante puesto que es la tercera causa de inflamación orbitaria, después de la oftalmopatía tiroidea y de los procesos linfoproliferativos. En este paciente se descarta la oftalmopatía tiroidea por hallazgos de una TSH en rango normal y la unilateralidad de la lesión. Se descarta trastorno linfoproliferativos puesto que suelen cursar con fiebre y alteración de las series del hemograma, que el paciente no tenía. Se descarta hemangioma dado que el TAC revela masa sin la vascularización típica del mismo. El término EIOI hace referencia a aquellas lesiones orbitarias no neoplásicas y no infecciosas, pero que ocupan espacio. Se trata de un proceso inflamatorio que puede afectar a cualquier componente de las partes blandas de la órbita (glándula lagrimal, músculos, grasa...), y es por ello por lo que puede cursar con diferentes manifestaciones clínicas. La etiopatogenia es desconocida, si bien se postulan hipótesis infecciosas o autoinmune sobre una base genética. Es más frecuente entre la 3ª y 6ª década de la vida, aunque hay casos descritos en niños y ancianos. El comienzo es agudo o subagudo y suele ser unilateral, excepto en niños, donde con frecuencia es bilateral y de instauración insidiosa. El médico de atención primaria debe saber reconocer una proptosis y su diagnóstico diferencial, para abordar el caso apropiadamente y enviar las pruebas pertinentes, evitando dilaciones en la derivación, lo que permitirá un tratamiento oportuno y exitoso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ilsemombaer TS, Roelgoldschmedin G, Leokoornnee F, et al.: What is Orbital Pseudotumor?. *Surv Ophthalmol.* 1996;41(1).
2. Lutt JR, Lim LL, Phal PM, Rosenbaum JT. Orbital inflammatory disease. *Semin Arthritis Rheum.* 2008;37:207-22.
3. Gegúndez JA, Nogueroles Bertó M. Diferentes formas clínicas del pseudotumor orbitario inflamatorio idiopático. *St Ophthalmol.* 1999;XVIII(2):117-21.
4. Gordon LK.: Orbital inflammatory disease: a diagnostic and therapeutic Challenger. *Eye.* 2006;20:1196-206.