



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

242/778 - SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA

A. Uribe Ramírez^a, Á. Ollero Ortiz^b, A. Ruz Zafra^c, J. Rodríguez Cámara^a, E. Acevedo Martel^d y M. Jódar Márquez^e

^aMédico de Familia. Centro de Salud Ronda Norte. Málaga. ^bMédico Neurólogo. Hospital de la Serranía. Ronda. Málaga. ^cMédico Internista. Hospital General Básico La Serranía. Ronda. Málaga. ^dMédico de Familia. Centro de Salud de Benaoján. Ronda. Málaga. ^eOftalmóloga. Hospital Regional de Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 46 años de origen árabe que acude a consulta por cefalea hemicraneal izquierda opresiva de 2 semanas de evolución sin signos de alarma junto a pérdida de agudeza visual progresiva en últimas 24 horas. A la exploración neurooftalmológica se objetiva disminución de agudeza visual bilateral, con múltiples focos de desprendimiento de retina exudativos, sin uveítis anterior asociada.

Exploración y pruebas complementarias: Se realizó estudio analítico urgente, radiografía de tórax, electrocardiograma y TC cráneo normal. Se objetiva líquido cefalorraquídeo con meningitis inflamatoria aséptica. El estudio oftalmológico mostró múltiples focos de desprendimiento de retina serosos bilaterales, que fueron confirmados mediante angiografía fluoresceína y tomografía óptica de coherencia. Posteriormente se completo estudio con inmunoglobulinas, electroforesis y serología herpética, hepática, VIH, toxoplasma, Borrelia, sifilis, Brucella, síndrome antifosfolipídico negativo y RM cráneo sin hallazgos. Se inició tratamiento precoz con corticoides intravenosos con recuperación completa visual y de cefaleas, junto a mejoría de hallazgos oftalmológicos descritos. Tras dos meses de tratamiento corticoideo oral se redujo dosis lentamente sin recurrencia.

Juicio clínico: Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH).

Diagnóstico diferencial: El síndrome VKH es una enfermedad autoinmune multisistémica manifestada por inflamación de los órganos pigmentados, especialmente úvea y pigmento retiniano. Afecta variablemente a los nervios craneales II y VIII (hipoacusia neurosensorial), meninges, encéfalo, piel y anexos (vitílico, poliosis y alopecia), más frecuente en mujeres en edades medias. El diagnóstico diferencial es amplio, con procesos infecciosos, autoinmunes (sarcoidosis, enfermedad de Bechett, esclerosis múltiples...) o tumorales (como síndromes paraneoplásicos), que causan uveítis posterior o panuveítis granulomatosa bilateral, asociados o no a manifestaciones neurológicas.

Comentario final: La precocidad en el tratamiento es fundamental en el pronóstico visual. El seguimiento desde atención primaria debe ser estrecho, con un descenso muy lento de corticoterapia y vigilando recurrencias, en cuyo caso aumentar de nuevo o valorar terapia inmunosupresora como ahorradora de corticoides.

Bibliografía

1. Sadullah K et al. Teaching NeuroImages: Cerebral white matter involvement in a patient with Vogt-Koyanagi-Harada syndrome. *Neurology*. 2013;80:85-6.
2. Abu El-Asrar AM, et al. Prognostic factors for clinical outcomes in patients with Vogt-Koyanagi-Harada disease treated with high-dose corticosteroids. *Acta Ophthalmol*. 2013;91:486-93.
3. Ramana M, et al. Vogt-Koyanagi-Harada Syndrome. *Surv Ophthalmol*. 1995;39:265-92.

Palabras clave: Cefalea. Uveítis. Meningitis.