



► Caso clínico

Epitelitis posterior aguda. A propósito de un caso

Acute posterior epitheliopathy. A case report

Jorge Garduño-Vieyra, Laura Melissa Prieto-Ortiz

Instituto Oftalmológico Privado de Irapuato, Irapuato, Gto., México

Palabras clave:

Epitelitis posterior aguda, coriorretinitis, cuadro viral, fluorangiografía, México.

► Resumen

Se presenta el caso de un hombre de 31 años de edad, que inicia su cuadro clínico con disminución de agudeza visual de ambos ojos de inicio súbito, sin otros síntomas acompañantes; con el antecedente de cuadro viral una semana antes, al inicio es diagnosticado en institución previa con coriorretinitis por citomegalovirus (CMV); seis semanas después el paciente recupera visión, llegando a un 20/20.

La epitelitis posterior aguda (EPA) es una enfermedad inflamatoria coriorretiniana que se presenta en pacientes jóvenes, sanos, produciendo alteraciones visuales agudas, con hallazgos fundoscópicos característicos, tales como lesiones placoides blanco-amarillentas ubicadas en el epitelio pigmentario de la retina. El diagnóstico se basa en el examen clínico, complementado con la

► Abstract

A case of a 31-year-old launches its clinical with decreased visual acuity in both eyes with sudden onset, without other accompanying symptoms, with a history of viral flu one week before the start is diagnosed in previous institution as cytomegalovirus chorioretinitis, six weeks after the patient regains vision, reaching a 20/20 with correction.

The acute posterior epitheliopathy (EPA) is an inflammatory chorioretinal presented in young patients, healthy, producing acute visual disturbances with a characteristic funduscopic findings such as yellowish white placoid lesions located in the retinal pigment epithelium. The diagnosis is based on clinical examination supplemented with fluorangiography. In most cases the prognosis is good with spontaneous

Keywords:

Acute posterior epitheliopathy, chorioretinitis, viral flu, fluorangiography, Mexico.

Correspondencia: Dr. Jorge Garduño Vieyra. Av. Lázaro Cárdenas N° 1851, Colonia San Pedro, C.P. 36520, Irapuato, Gto., México. Teléfono: (462) 624 1059, 01800 7149696. Correo electrónico: superdiggle77@hotmail.com



fluorangiografía. En la mayoría de los casos el pronóstico es bueno, con una recuperación espontánea de la agudeza visual dentro de tres a seis semanas posteriores al inicio de la enfermedad.

► Introducción

La epitelitis posterior aguda (EPA) también llamada epiteliotipatía pigmentaria multifocal posterior aguda (EPPMPA) o epiteliotipatía pigmentaria placoide posterior multifocal aguda (EPPPMA), es una enfermedad inflamatoria coriorretinal de etiología aún desconocida.

Fue descrita por primera vez por Gass en 1968,¹ quien reportó los hallazgos clínicos y angiográficos en tres pacientes femeninas, las cuales presentaron un cuadro breve de pérdida de la agudeza visual central, a la exploración fundoscópica observaron lesiones en placa blanco-amarillentas, multifocales a nivel del EPR y de la coroides. Maumenee en 1970,² reportó seis casos con lesiones similares y la clasificó dentro de las uveítis, sin embargo Deutman sugirió que dicha enfermedad podría estar causada por un cuadro de vasculitis secundaria a una hipersensibilidad generalizada:

La EPA afecta principalmente a pacientes entre la 2^a y 4^a década de la vida, no tiene predilección de sexo o raza, habitualmente los pacientes afectados son sanos, pero se ha observado que en un tercio de los casos, la enfermedad se presenta luego de un cuadro gripeal. La prevalencia e incidencia son desconocidas.^{2,3}

Dicha enfermedad se presenta de forma bilateral, debutando con una baja de la agudeza visual espontánea, siendo autolimitada y resolviéndose esporádicamente en un lapso de cuatro a seis semanas.^{1,2} Los síntomas incluyen visión borrosa de rápida evolución asociada a escotomas centrales o paracentrales, fotopsias y/o metamorfopsias.

La oftalmoscopía muestra lesiones blanco-amarillentas localizadas a nivel del epitelio pigmentario de la retina, observándose dentro de las arquedas, a nivel del área macular. La fluorangiografía

recovery of visual acuity within three to six weeks after the onset of illness.

muestra lesiones con un centro hipofluorescente, rodeado de un halo hiperfluorescente similar a un panel de abejas.^{2,3}

La EPA en general no requiere tratamiento. La mayoría de estos pacientes tienen un buen pronóstico visual, con una recuperación espontánea de la agudeza visual en aproximadamente un mes.

El tratamiento con corticoides sistémicos y drogas citotóxicas ha sido sugerido, en aquellos casos que presenten alteración foveal y vasculitis del sistema nervioso central.³

► Presentación del caso

Masculino de 31 años de edad, ejecutivo, que acude a nuestra consulta por presentar disminución de la agudeza visual de ambos ojos, de inicio súbito, de cuatro a seis semanas de evolución, sin ningún síntoma acompañante. El paciente comenta que cursó con un cuadro agudo de faringoamigdalitis, y posterior a este, inicia con la sintomatología antes mencionada.

El paciente niega antecedentes personales patológicos, así como antecedentes familiares de importancia.

Cabe recalcar que el paciente llegó con un diagnóstico previo de coriorretinitis por citomegalovirus (CMV), que al sospecharse dicho diagnóstico se solicitan los siguientes laboratorios: perfil de TORCH anticuerpos anti-toxoplasma IgG (-), anticuerpos anti-toxoplasma IgM (-), anticuerpos anti-rubéola IgG (+), anticuerpos anti-rubéola IgM (-), anticuerpos anti-citomegalovirus IgG (+), anticuerpos anti-citomegalovirus IgM (-), anticuerpos anti-herpes 1-2, IgG, IgM, (-), anticuerpos anti-virus de inmunodeficiencia humana (HIV) (-) y reacción V.D.R.L (-); como podemos observar la mayoría de los laboratorios se reportan negativos, sólo se presenta una memoria inmunológica la cual no se traduce en una infección activa, por lo que se descarta dicho proceso infeccioso.

A la exploración oftalmológica presenta una agudeza visual en ambos ojos de 20/60, que mejora con estenopeico 20/20, se realiza refracción encontrando ojo derecho (OD) +1.00 con -2.50 x 90° y ojo izquierdo (OI) +1.00 con -3.00 x 90°. Presión intraocular (PIO) de 16 mmHg en ambos ojos. Movimientos oculares sin alteraciones. En segmento anterior se observa córnea transparente, cámara anterior formada, pupila redonda reflextica y cristalino transparente en ambos ojos. En segmento posterior se encuentra papila con excavación de 0.3, emergencia central de vasos, hallándose la presencia de placas blanco-amarillentas a nivel de la mácula, aproximadamente a 400 micras, con involucro foveal, retina aplicada, no se observan datos de inflamación (**Figura 1**).

En la fluorangiografía, encontramos en el área macular lesiones hipofluorescentes y claramente subrretinianas, en fases tempranas de predominio foveolar y algunas menores entre las arcadas (**Figura 2**).

Ocho semanas después de haber iniciado el cuadro, la agudeza visual se recuperó en su totalidad, alcanzando un 20/20 en ambos ojos, quedando una refracción neutra. A la exploración de fondo de ojo, apreciamos una disminución importante del tamaño de las lesiones dejando solo pequeñas lesiones puntiformes pigmentadas en la mácula, sin secuelas en área foveolar (**Figura 3**).

► Discusión

La EPA se presenta de manera característica en individuos jóvenes, generalmente sanos, con el antecedente de un pródromo viral.²⁻⁴

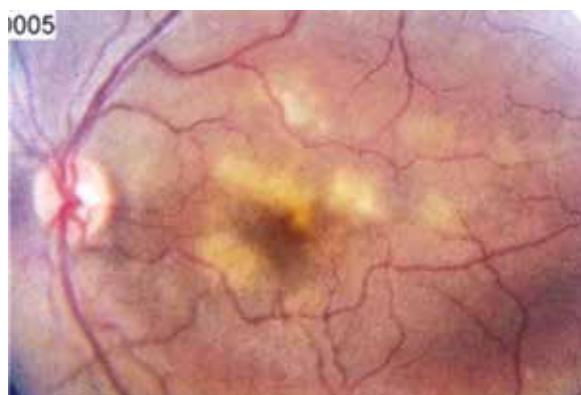
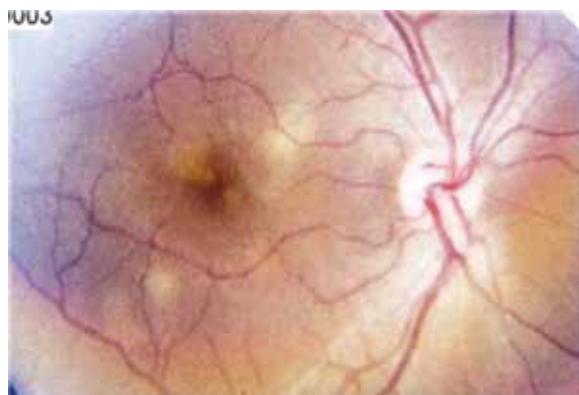
Raramente los individuos afectados desarrollan una enfermedad recurrente, cuando ocurre lo hacen dentro de los primeros seis meses del episodio inicial. En el examen fundoscópico se observan lesiones multifocales blanco-amarillentas pequeñas, ubicadas por dentro de las arcadas, las cuales bloquean la visualización de la coroides subyacente.

La etiología y la fisiopatogenia de la EPA es desconocida. En la literatura médica hay pocos estudios que investiguen la patogénesis de esta entidad. La prevalencia aumentada de los antígenos de HLA B7 y HLA DR2, sumada a la evidencia de vasculitis sistémica y a los reportes de EPA posterior a la vacunación para Hepatitis B, sugieren una base inmunológica de esta vasculopatía inflamatoria ocular.^{5,6}

La lesión histológica de esta patología la encontramos a nivel del epitelio pigmentario de la retina, siendo esta la causa de la inusual hipofluorescencia intensa en la fluorangiografía. Aunque el proceso agudo tenga una resolución espontánea en la visión, y las lesiones se hagan menos evidentes a la exploración de fondo de ojo, en la fluorangiografía siguen siendo visibles.⁷

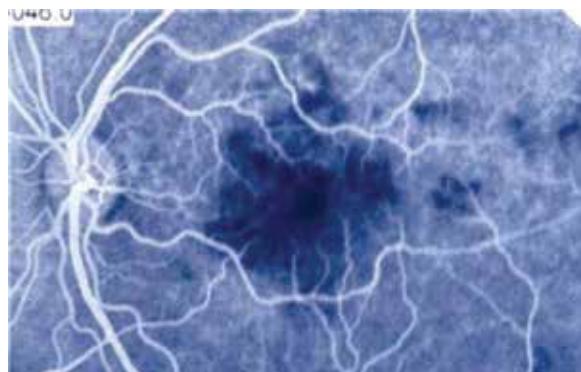
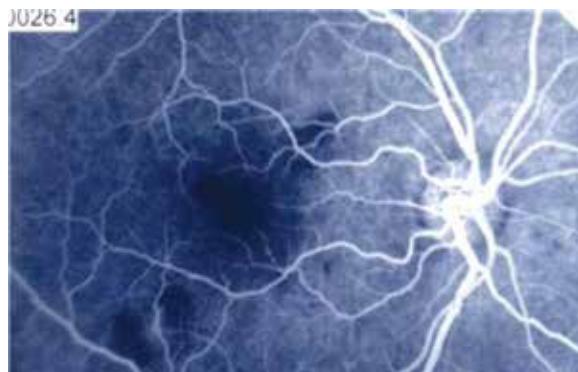
En cuanto al diagnóstico diferencial, existen varias patologías que presentan un cuadro clínico similar asociado con lesiones blanco-amarillentas en polo posterior, algunas son síndrome de múltiples puntos blancos evanescentes, *fundus flavimaculatus*, coroideopatía punctata interna, presunta histoplasmosis ocular, sólo por mencionar algunas. Es por esto que se debe de acompañar de un interrogatorio completo y siempre tener presente el conocimiento de dichas enfermedades,

► **Figura 1.** En ambos ojos se observaron manchas blanco-amarillentas subrretinianas, a nivel macular con afectación foveolar.





► **Figura 2.** Fluorangiografía de ambos ojos, donde se observan áreas de hipofluorescencias subrretinianas a nivel macular en fases tempranas.



debido a que no son muy frecuentes.^{8,9} En este caso el paciente tenía un diagnóstico previo de CMV en etapa inicial, el cual pudo confundirse por las lesiones blanco-amarillentas, pero no por el cuadro clínico (**Tabla 1**).^{10,11}

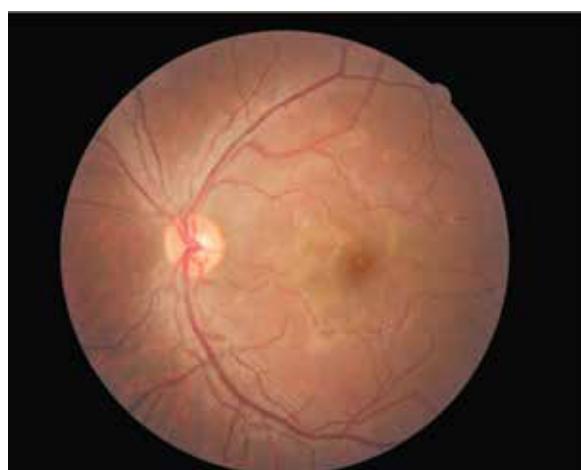
Como podemos observar, el pronóstico en estos pacientes es bueno y el tratamiento en la mayoría de los casos no es necesario, aunque se ha hablado acerca de ser tratados con corticoides orales, la mejoría observada en los pacientes tratados tras la caída brusca de la agudeza visual no se ha demostrado si es debido al tratamiento o a la historia natural de la enfermedad, en este caso nuestro paciente presentó una hipermetropización, la cual se corrigió cuando el cuadro cedió, sin dejar

alguna secuela visual. Otros autores mencionan el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE's) hasta la resolución de la sintomatología, refiriendo que tal vez desempeñen un papel acelerador en la resolución del cuadro ocular, quizás porque se está tratando el proceso etiológico.^{9,10}

► Conclusiones

Podemos decir que la EPA es una entidad mal conocida, ya que no es muy frecuente, lo cual puede deberse a que presente un curso clínico benigno y una resolución espontánea que no permitan un diagnóstico correcto. Por lo que es importante realizar una historia clínica completa, al igual que un

► **Figura 3.** Fondo de ojo, dos meses después de presentar el cuadro. Observamos disminución importante del tamaño de las lesiones, no se presentan secuelas en el área foveolar.



► **Tabla 1.** Cuadro comparativo con los diagnósticos diferenciales de la EPA.¹⁰

	Inicio	Uni o bilateral	Tamaño/ Localización	Color	Nivel	Otras
EPA	Súbito doloroso	Bilateral	Variable/Dentro de las arcadas	Blanco-amarillentas	Epitelio pigmentario de la retina	Pródromo viral
Retinitis por CMV	Progresivo no doloroso	Ambos	Variable/Toda la retina	Blanco-amarillentas usualmente con hemorragias	Capas profundas de la retina	Lesiones pueden ser multifocales o solitarias
SMPBE	Súbito doloroso	Unilateral	Pequeñas/Polo posterior	Blanco-grisáceas	Epitelio pigmentario de la retina	Escotoma temporal y fotopsias

CMV: citomegalovirus; SMPBE: síndrome de múltiples puntos blancos evanescentes.

buen interrogatorio, ya que el antecedente de un cuadro viral previo nos puede orientar el diagnóstico hacia dicha enfermedad.

Aunque la enfermedad sea autolimitada y el tratamiento la mayor parte del tiempo no sea necesario, siempre es importante tener el conocimiento para informarle al paciente que tiene un buen pronóstico visual. También se deben tener en cuenta los diagnósticos diferenciales, ya que algunos pudieran tener un curso más tórpido en cuanto a función visual.

► Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

► Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Referencias

1. Gass J. Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy Arch Ophthalmol 1968;80:177-185.
2. Romero P, Salvat M, Almena M, et al. Epitelitis pigmentaria retiniana aguda. Presentación de tres casos clínicos. Annals d'Oftalmología 2004;12:165-168.
3. Bürés-Jelstrup A, Adán A, Casaroli-Marano R. Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy. Study of 16 cases. Arch Soc Esp Oftalmol 2007;82:134-140.
4. Fonollosa A, Segura A. Síndrome de puntos blancos. Anales de Oftalmología 2004;12:276-283.
5. Foster SC, Vitale AT. Acute posterior placoid pigment epitheliopathy. In: Pedroza-Series M (editor). Diagnosis and treatment of uveitis. USA: Saunders; 2002. p. 772-779.
6. Padillo Poyato, Fernández-Reyes L, Julve-San Martín A, et al. Epitelitis retiniana aguda: síntomas poco frecuentes en un caso clínico. Arch Soc Esp Oftalmol 2000;75:51-74.
7. Abu El-Asar AM, Aljazairy AH. Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy with retinal vasculitis and papillitis. Eye 2002;16:642-644.
8. Quillen DA, Davis JB, Gotlieb JL, et al. The white dot syndromes. Am J Ophthalmol 2004;137:538-550.
9. Kirkham TH, Fytche TJ, Sanders MD. Placoid pigment epitheliopathy with retinal vasculitis and papillitis. Br J Ophthalmol 1972;56:875-880.
10. Janet LD. Infectious Chororetinal Inflammatory Conditions. In: Regillo CD, Brown GC, Flynn HW (editors). Vitreoretinal Disease: The Essentials. New York: Thieme Medical Publishers, Inc; 1999. p. 393-415.
11. Moorthy RS, Rao NA. Noninfectious Chororetinal Inflammatory Conditions. In: Regillo CD, Brown GC, Flynn HW (editors). Vitreoretinal Disease: The Essentials. New York: Thieme Medical Publishers, Inc.; 1999. p. 417-438.