

Manifestación ocular en vasculitis sistémica

Ocular Manifestation in Vasculitis systemic

Herberth Leonardo (1), Isaac Gomez (2).

1. Especialista en reumatología de adultos. Departamento de Medicina Interna, Hospital Pedro de Bethancourt, La Antigua Guatemala, Sacatepéquez.
2. Estudiante de medicina. Departamento de Medicina Interna, Hospital Pedro de Bethancourt, La Antigua Guatemala, Sacatepéquez.

Autor Corresponsal: Dr. Herberth Leonardo, herberth2105@hotmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36109/rmg.v164i1.792>

Aceptado: Diciembre 2024

Resumen

A continuación, se presenta el caso; femenina de 65 años, que consulta a la unidad de emergencias, por dolor en ojo izquierdo de 20 días de evolución, es ingresada a encamamiento, se realiza resonancia magnética, la cual muestra imagen sugestiva de absceso orbitario, se inicia tratamiento antibiótico a lo que no muestra mejoría, es evaluada por la unidad de reumatología documentando sinovitis en carpos II y III metacarpofalángicas bilateral, al realizar exámenes inmunológicos complementarios, se asocia la afección a una vasculitis con anticuerpos citoplasmáticos antineutrófilos (ANCAS) positivos, se inicia tratamiento y es evaluada por el departamento de oftalmología, los cuales reportan desprendimiento retiniano, celularidad en cámara anterior y posterior del ojo izquierdo por lo que se realiza enucleación.

Palabras clave: *vasculitis, pruebas inmunológicas, anticuerpos citoplasmáticos antineutrófilos.*

Summary

The case is presented below; 65-year-old female, who consults the emergency unit due to pain in the left eye of 20 days of evolution, is admitted to bed rest, an MRI is performed which shows an image suggestive of orbital abscess, antibiotic treatment is started but shows no improvement, she is evaluated by the rheumatology unit finding synovitis in bilateral carpal and II III metacarpophalangeal joints, When complementary immunological tests were performed, the condition was associated to a vasculitis with positive anti-neutrophil cytoplasmic antibodies (ANCAS), treatment was started and she was evaluated by the ophthalmology department, which reported retinal detachment, cellularity in anterior and posterior chamber of the left eye, so enucleation was performed.

Keywords: *vasculitis, immunological tests, anti-neutrophil cytoplasmic antibodies.*

Introducción

Las vasculitis son trastornos que se caracterizan por inflamación y daño de vasos sanguíneos, por lo que los tejidos irrigados sufren de inflamación y, en algunas ocasiones, isquemia. Estas pueden limitarse a un órgano o afectar varios sistemas. Durante la evolución de las vasculitis primarias pueden presentarse manifestaciones oculares por la afectación de estructuras como: conjuntiva, córnea, esclera, úvea, retina, nervio óptico, conducto lagrimal y órbita. [1,2]

Caso clínico

Femenina de 65 años, sin antecedentes médicos previos, consulta por dolor en ojo izquierdo de 20 días de evolución, con historial que dos meses previos, inicia con prurito e hiperemia en conjuntiva izquierda, busca atención médica, prescribiendo tratamiento antibiótico tópico por 10 días, no presenta buena respuesta a tratamiento y consulta con oftalmólogo, brindan antibiótico vía oral y uso de ungüentos oftálmicos, presenta poca mejoría y exacerbación de síntomas de dolor ocular, epifora y disminución de la agudeza visual por lo que consulta a la emergencia de este centro asistencial.

A la evaluación clínica: ojo izquierdo con inyección conjuntival, fotofobia, epifora, dolor al palpar el arco supraciliar y al percutir los senos paranasales, agudeza visual disminuida evaluada con cartilla de Snellen OD 20/25 OS: 20/40. Se realizan estudios complementarios con elevación de reactantes de fase aguda y resto con normalidad (tabla 1). Estudios de imágenes sugieren absceso orbitario (Figura 1).

Tabla 1. Pruebas de laboratorio	
Glóbulos blancos	8.61 10^3 /ul
Plaquetas	301 10^3 /ul
Hemoglobina	12.6 g/dl
Hematocrito	40 %
VS	28 mm/hr
Creatinina	0.77 mg/dl
Nitrógeno de urea	13.71 mg/dl

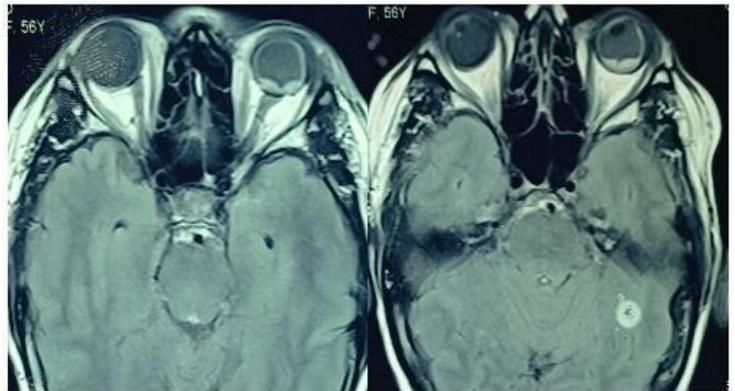


Figura 1. Resonancia magnética con imagen sugestiva de absceso orbitario en el ojo izquierdo.

Ingresa al servicio de encamamiento, con impresión clínica de absceso perióstico orbitario izquierdo, iniciando tratamiento antibiótico con piperacilina tazobactam y clindamicina. Con pobre respuesta a medicamentos, se consulta con la unidad de reumatología a su evaluación se documenta datos de sinovitis en carpos II y III metacarpofalángicas bilateral, afectación ocular con presencia de hiperemia conjuntival de predominio en ojo izquierdo, escleromalacia global y laceración conjuntival (Figura 2), por lo que es referida al departamento de oftalmología y documentan desprendimiento retiniano, celularidad en cámara anterior y posterior. Es reinterrogada por reumatología, donde se documenta historia de pérdida de peso, artralgias y fiebre como manifestaciones sistémicas, por lo que se solicitan pruebas autoinmunes (Tabla 2).

Tabla 2. Pruebas inmunológicas	
Prueba	Resultado
FANA	Dilución 1:80
Inmunofluorescencia	Células Hep-2000
Sustrato	Negativo
Patrón	Negativo
Anti-SSA (Ro)- (ELISA)	1.8
Anti-SSB (La)-(ELISA)	0.5
Anti-PR3 (C-ANCA)- (ELISA)	9.5
Anti-MPO (P-ANCA)- (ELISA)	0.5
ANCAS POR	Positivo
Inmunofluorescencia	Sustrato leucocitos polimorfonucleares
	Patrón C-ANCA
ANCAS inmunofluorescencia	C ANCA atípico
Sustrato de leucocitos polimorfonucleares	
Factor Reumatoideo	11.57
Anticuerpos antinucleares (FANA), Anticuerpo anti Sjögren (Anti SSA (RO)), Anticuerpo anti La (Anti SSB), Anticuerpos anti proteinasa 3 (Anti PR3). Anticuerpo anti Mieloperoxidasa (Anti MPO), enzimoimmunoanálisis de absorción (ELISA)	



Figura 2. A. Ojo derecho B. Vista lateral de ojo izquierdo C. Vista anterior de ojo izquierdo D. Ojo izquierdo con aumento del deterioro.

Se decide el inicio de pulsos de metilprednisolona y un pulso de ciclofosfamida, el cual fue poco tolerado, por lo que se modifica la terapéutica a azatioprina. El cuadro no mejora, por lo que se realiza extracción quirúrgica del globo ocular, realizando estudio histológico (Figura 3).

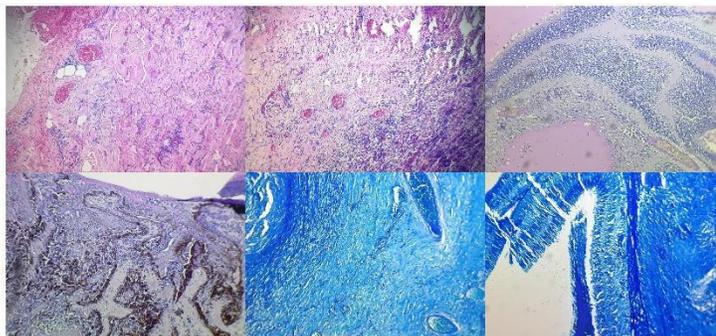


Figura 3. Al estudio histológico, globo ocular deformado, esclera con infiltrado leucocitario disperso, córnea erosionada. Las cámaras oculares se encuentran destruidas y ocupadas por tejido fibroso además de abundante infiltrado leucocitario mononuclear y polimorfonuclear con formación de granulomas y microabscesos centrales. La retina y cuerpos ciliares se encuentran desprendidos, el infiltrado inflamatorio se extiende al nervio óptico. Las Tinciones de Kinyoun y PAS son negativas para microorganismos.

Discusión

Las vasculitis asociadas a ANCA se caracterizan por la inflamación necrotizante de la pared de vasos sanguíneos pequeños. Según el fenotipo clínico, se clasifica en tres enfermedades: granulomatosis con poliangeítis (GPA), poliangeítis microscópica (PAM) y granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA).^[3,4] Entre las manifestaciones clínicas la afectación ocular se ha presentado entre el 18.5% y 35.4% de los casos.^[3,4] Los hallazgos de laboratorio presentan elevación de reactantes de fase aguda, principalmente proteína C reactiva (PCR), positividad de ANCA por inmunofluorescencia indirecta (IFI), encontrando con mayor frecuencia el patrón P ANCA, C ANCA y con menor frecuencia ANCA atípico.^[3] El patrón C ANCA atípico como el encontrado en la paciente del caso presentado, combina la fluorescencia perinuclear extendiéndose al núcleo y al citoplasma, esto se presume sea consecuencia de interferencia de anticuerpos antinucleares.^[5] A la evaluación histológica se encuentra inflamación crónica con presencia de granulomas asociados a células gigantes multinucleadas, se acompaña de inflamación aguda con neutrófilos, microabscesos y eosinófilos.^[6] En los estudios por imagen como la resonancia magnética se encuentra infiltrado inflamatorio difuso el cual se puede

extender a los senos adyacentes, el tejido inflamatorio crea un pseudotumor orbitario, además de encontrarse fibrosis periocular. [7]

La presentación clínica de las vasculitis asociadas a ANCAS es variable, pudiendo ser localizada o sistémica, por lo que el compromiso ocular debe ser considerada como una manifestación importante de ellas y con ello evitar el retraso en el tratamiento.

Referencias bibliográficas

1. Domínguez R, Caballero C. Escleritis y vasculitis primarias sistémicas: a propósito de un caso. Rev. Méd. La Paz. 2021; 27(2): 49-51. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582021000200049
2. Barbosa R, Recillas C, Arellanes L. Manifestaciones oculares de las vasculitis primarias sistémicas. Reumatol Clin 2011; (7): 12-17. <https://reumatologiaclinica.org/es-manifestaciones-oculares-vasculitis-primarias-sistemicas-articulo-S1699258X11002658>
3. Vargas D, Goecke A, Gatica H, Castro L, Wurmman P. Comportamiento clínico y factores asociados a mortalidad temprana en una cohorte de pacientes chilenos con vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (VAA). Rev. Méd. Chile. 2020; 148(6): 755-761. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000600755>
4. Thayakaran R, Goel R, Adderley N. et al. Análisis grupal de pacientes con granulomatosis con poliangeítis (GPA) basado en síntomas de presentación clínica: un estudio de cohorte basado en la población del Reino Unido. Arthritis Res Ther. 2022; (24): 201. <https://doi.org/10.1186/s13075-022-02885-9>
5. Martínez G, Torres B, Rangel S, et al. Anticuerpos anticitoplasma del neutrófilo: Positividad y correlación clínica. Rev. Reumatol Clin. 2015; 11(1): 17-21. [https://www.reumatologiaclinica.org/es-anticuerpos-contra-el-citoplasma-del-articulo-S1699258X14000576#/#/](https://www.reumatologiaclinica.org/es-anticuerpos-contra-el-citoplasma-del-articulo-S1699258X14000576#/)
6. Ladrón D, Cerda F, Carreño A, Piottante A, Bitar P. Actualización en el estudio de Granulomatosis con poliangeitis (Granulomatosis de Wegener). Rev. chil. radiol. 2019; 25(1): 26-34. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082019000100026>.
7. Pakalniskis M, Berg A, Policeni B, et al. The Many Faces of Granulomatosis With Polyangiitis: A Review of the Head and Neck Imaging Manifestations. AJR Am J Roentgenol. 2015; 205(6): 619–629. <https://doi.org/10.2214/AJR.14.13864>