



Revista Médica de Trujillo

Publicación oficial de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo - Perú

Reporte de Caso

Tuberculoma coroideo solitario: reporte de caso

Solitary choroidal tuberculoma: a case report.

Rachid Bouchentouf

Departamento de Neumología, Hospital Militar Avicena, Marrakech, Marruecos.

Correspondencia.

Dr Rachid Bouchentouf

Hospital Militar Avicena

12 bd mouqawama

Marrakech 40000

Marruecos

e-mail:

bouchentouf_rachid@yahoo.fr

RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad crónica con alta incidencia en Marruecos. La localización ocular es rara con variadas formas de presentación.

El tuberculoma coroideo es la lesión característica pero no específica de la tuberculosis ocular.

Presentamos un caso de tuberculoma coroideo asociado a la tuberculosis miliar en un varón de 44 años de edad. La evolución con tratamiento asociando drogas anti tuberculosis y cortico terapia fue buena.

Palabras claves: Tuberculosis, miliar, tuberculoma, coroides.

SUMMARY

Tuberculosis is a chronic infection with a high incidence in Morocco. Ocular involvement is rare with various clinical presentations. The Choroiditis tuberculoma is a characteristic manifestation but not specific. We report a case of solitary choroidal tuberculoma in miliary tuberculosis, in a 44 year-old-man patient. The outcome was favorable with the association antituberculosis treatment and systemic corticotherapy.

Key words: Tuberculosis, miliary, tuberculoma, choroid.

Recibido: 03/07/20

Aceptado: 11/08/20

Introducción

La tuberculosis es un problema mayor de salud pública en todo el mundo. Cerca de 10,4 millones de personas desorallan TB en 2016 y 1,7 millones murieron por esta enfermedad. [1] Aunque Marruecos es un país con TB endemia, la tuberculosis ocular sigue un entidad poco frecuente. Según algunas series su incidencia es 1%. [2,3]

La TBC ocular puede ser secundaria a la infección activa del bacilo o consecuencia de una reacción hipersensibilidad retardada de tipo IV a diversos componentes antigénicos de la micobacteria. El tuberculoma coroideo es una lesión característica de la tuberculosis ocular.

Presentamos un caso de tuberculoma coroideo asociado a la tuberculosis miliar.

Caso clínico

Varón de 44 años de edad sin antecedentes de interés, es referido al hospital por disminución de visión el ojo derecho de 5 días de evolución asociado a tos productiva disnea y sudores nocturnas. Al examen oftalmológico presentó una agudeza visual en ambos ojos: 20/50 OD, El examen del segmento anterior era normal. En el examen fundoscópico del ojo derecho se encontró una lesión coroidea de color amarilla de bordes irregulares asociado a una inflamación de la papila óptica.(Figura 1). El ojo izquierdo no mostro hallazgos

Examen del aparato respiratorio objetivó crepitaciones y roncus.

Los exámenes auxiliares: hemograma con 5400 elementos por mm³, hemoglobina 10g/dl, plaquetas 265000 elementos por mm³, proteína C reactiva 25 mg/l.

La tomografía axial computarizada (TAC) torácica mostró lesiones pulmonares extendidas y bilaterales (figura 2). La intradermorreacción para tuberculosis (PPD 2UT) fue positiva 15 mm. El examen directo del esputo con la coloración Ziehl Neelson evidenció la presencia de bacilo tubérculo. La serología para el VIH fue negativa.

Considerando estos resultados, se diagnosticó la tuberculosis miliar asociada a tuberculoma coroideo. Se inició un tratamiento para TB con Rifampicina 600 mg/día, Isoniacida 300 mg/día,

pirazinamida 1500 mg/día y etambutol 1200 mg/día, los dos primeros meses seguido de isoniacida y rifampicina hasta completa meses hasta completar 9 meses.



Fig 1. Lesión Coroidea e inflamación de papila

Se asoció al tratamiento contra la TBC una corticoterapia sistémica prednisolona 1mg/kg/día durante 8 semanas.

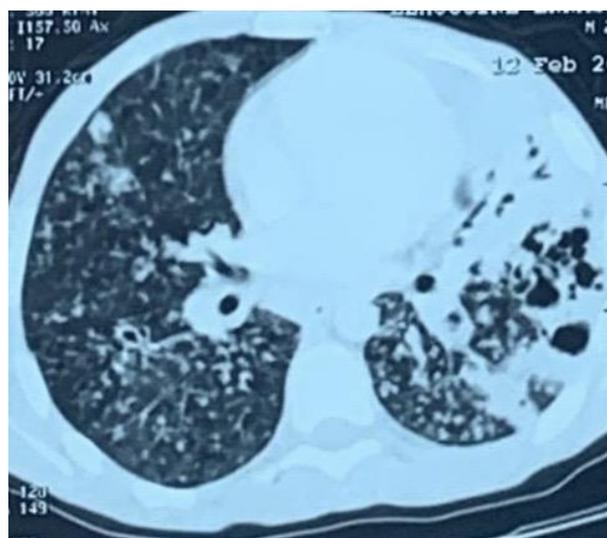


Fig 2. Lesiones pulmonares extendidas y bilaterales.

Se obtuvo buena respuesta al tratamiento, la agudeza del ojo derecho se mejoró con agudeza visual final de 20/30. La fundoscopia mostró la

resolución sin cicatriz de la tuberculosis corioidea. (Figura 3)

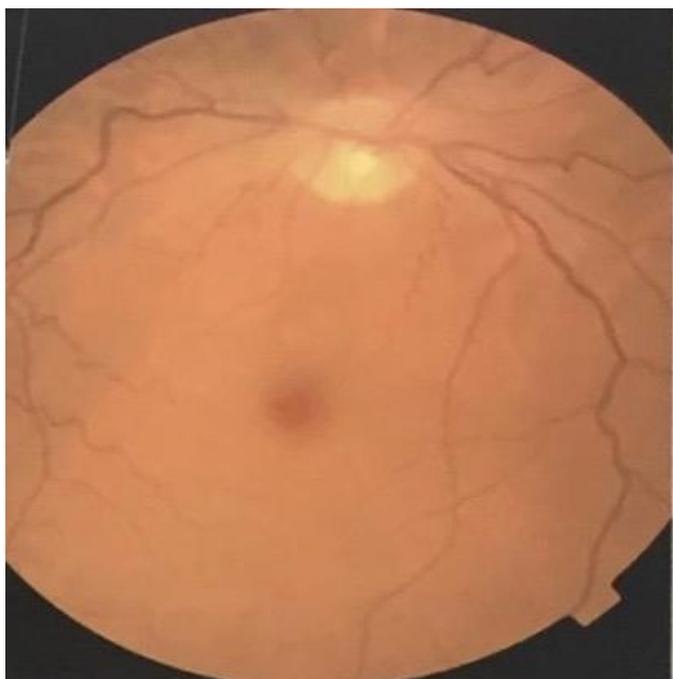


Fig 3. Remisión de las lesiones corioideas

Discusión

La TBC ocular es una entidad poco frecuente incluso en los países endémicos de tuberculosis como Marruecos. La TBC ocular puede ser primaria o secundaria. En su forma primaria el ojo ha sido la puerta de entrada de la micobacteria y no existe evidencia de infección sistémica.

Cuanto la forma secundaria resulta de la diseminación contigua a partir de una estructura adyacente o por diseminación hematogena a partir del pulmón siendo ésta la más común. [4]

La implicación ocular de la tuberculosis se ha descrito entre 2 % hasta 30% con tuberculosis diseminada o miliar. [5]

La TB puede comprometer cualquier componente del sistema visual desde los párpados hasta el nervio óptico. La uveítis tuberculosa es la afectación más frecuente y grave de la tuberculosis ocular pudiendo conllevar a compromiso irreversible de la visión incluida la ceguera. [6]

Gupta V con una serie de 158 pacientes con TB ocular presumida encontró la uveítis posterior 42% de casos, la uveítis anterior en 36% de casos 11% de los pacientes presentaron. [7]

En Saudi Arabia Al Mezaine et al reportaron una de serie de 51 pacientes con uveítis tuberculosas presumida 79,5% de los pacientes presentaron panuveítis y 20,5% uveítis posterior. [8]

La uveítis posterior es la presentación de TB ocular mejor documentada, tanto clínica como histopatológicamente. Dentro de ellas se han distinguido varias formas: la coroiditis circunscrita, difusa, la tuberculosis miliar de la coroides, el tubérculo solitario y el tuberculoma corioideo.

Las manifestaciones son más comunes debido de la rica vascularización uveal así la alta concentración de oxígeno del dicho tejido. [9] Las manifestaciones clínicas varían dependiendo de la virulencia de la micobacteria, de la resistencia del huésped a la misma del grado de hipersensibilidad tisular a ella. [10]

La infección de la coroides es más frecuente en presencia de enfermedad diseminada. En caso de miliar tuberculosa aguda generalmente pasa inadvertida para el paciente. Pero cuando los tuberculomas están situados en la macula o en zonas vecinas puede ocasionar disminución de la visión.

En la fundoscopia el tubérculo solitario de coroides se presenta como una lesión de 1-2 diámetros papilares única de color amarilla-grisácea de bordes irregulares, rodeada de una zona de congestión hemorragia capilar. Tiene de predilección por el polo posterior y la región perifoveal.

El diagnóstico de la TB ocular generalmente es presuntivo, se basa en la apariencia clínica, evaluación sistémica y respuesta al tratamiento. [11]

El diagnóstico definitivo de TB requiere el aislamiento del bacilo tuberculoso desde los tejidos o fluidos oculares. Generalmente no es factible. Según la clasificación expuesta por Gupta y col el diagnóstico de TB ocular puede ser confirmado, probable y posible. [12]

En el caso de tuberculosis ocular aislada se utilizará la misma pauta que las formas de tuberculosis pulmonares. Pero en caso de tuberculosis miliar se debe prolongar el tratamiento antituberculoso hasta 9 meses.

Los corticosteroides administrados simultáneamente con tratamiento antituberculoso

durante un período de 4 a 8 semanas han demostrado tener un efecto protector contra el daño tisular debido a

la hipersensibilidad retardada. En caso de uveítis los corticoides permiten controlar la inflamación y reducir el edema macular. [13] Sin embargo otros estudios han destacado que el uso de corticosteroides puede activar una infección latente y causar un brote de tuberculosis sistémica.[14] La respuesta al tratamiento es generalmente buena es debido de la rapidez del diagnóstico y el tipo de lesión ocular.

Conclusión

La TBC ocular es una entidad poco frecuente, y el tuberculoma coroideo es una lesión característica. Puede ser primaria o secundaria a la tuberculosis pulmonar en su forma extensiva.

Debido de su alta prevalencia sobre todo en Marruecos, debemos recordar la tuberculosis como etiología probable de granuloma coroideo.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Global Tuberculosis control. WHO report 2016.1
2. Elena De Bendetti Z, Barbara Carranza L, Eduardo Gotuzzo H, Isais Rolando C. Tuberculosis ocular. Rev Chil Infet 2007; 24 (4) :284-295.
3. Torres R M, Calonge M. Macular edema as the only ocular finding of tuberculosis . Am J Ophthalmol 2004; 138:1048-9.
4. Saravananthan N, Wiselka M, Bibby K. Intra ocular tuberculosis without detectable systemic infection. Arch ophtamol 1998; 116:1386-8.
5. Tenorio-Guajardo G, Ramírez-Casanova E, Gonzales-Rodríguez E. Tuberculosis ocular. Serie de caso en el Hospital General de México.Rev Med Hosp Gen Méx 2014;77(1):17-23.
6. Urzua CA, Lantigua Y, Abuauad S, Liberman P, Berger O, Sabat P, et al. Clinical features and prognostic factors in presumed ocular tuberculosis. Curr Eye Res 2017,42(7):1029-1034.
7. Gupta A, Gupta V, Rao NA. Intraocular tuberculosis: an update. Surv Ophtalmol 2007;52:561-587.
8. Al mezaine HS et al .Clinical and optical coherence tomographic findings and outcome of treatment in patient with presumed tuberculous uveitis. Int Ophtalmol 2008;28(6): 413-23
9. Goyal JL, et al. Ocular manifestations of tuberculosis. Indian Journal of tuberculosis 2015,62(2):66-73.
10. Martínez M, Márquez K, Stangogiannis E, Romero B, Padilla R. Uveítis por tuberculosis en el Hospital Universitario de Caracas durante el periodo 2003-2004.RFM 2004; 27:157-62.
11. Sharma PM, Singh RP, Kumar A, Prakash G, Mathur MB, Malik P. Choroidal tuberculoma in miliary tuberculosis. Retina 2003; 23:101-4.
12. Gupta A, Sharma A, Bansal R, Sharma K. Classification of intraocular tuberculosis .Ocul Immunol Inflamm 2015; 23(1):7-13.
13. Alvarez GG, Roth VR, Hodge W. Ocular tuberculosis: diagnostic and treatment challenges Int J Infect Dis 2009; 13:432-435.
14. Rosen PH, Spalton DJ, Graham EM. Intraocular tuberculosis. Eye 1990; 4:486-92.