

COROIDITIS SERPIGINOSA-LIKE COMO PRESENTACIÓN DE TUBERCULOSIS OCULAR PRESUNTA: REPORTE DE CASO

Gonzalo Duarte G*.

*Departamento de Uveítis y Enfermedades Inflamatorias Oculares, Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, Chile.

INTRODUCCIÓN

La coroiditis serpiginosa (CS) es una condición inflamatoria idiopática y crónica, con lesiones de patrón geográfico que avanzan de manera centrífuga desde los bordes activos de la lesión^{1,2}. La coroiditis por tuberculosis puede simular una CS, pero corresponden a entidades clínicas distintas, por lo que es importante diferenciarlas para optimizar su tratamiento y el pronóstico visual de los afectados.

PROPÓSITO

Describir la coroiditis serpiginosa-like como una forma de manifestación de la TB ocular presunta a través de un caso clínico con imágenes multimodales.

CASO CLÍNICO

Masculino de 31 años, peruano residente en Chile desde hace 4 años. Sin antecedentes extra-oculares de importancia. Consultó en Marzo de 2018 por disminución de la agudeza visual en OI. Como antecedente, 6 años previos presentó pérdida significativa de agudeza visual en OD, donde no se determinó etiología y no logró mejoría clínica. En la exploración de Marzo de 2018 presentaba agudeza visual mejor corregida (AVMC) de movimiento de manos en OD y 20/70 en OI. Sin hallazgos patológicos a la biomicroscopía de ambos ojos. Al examen de fondo de ojos, se evidenció lo que detallan las figuras 1a y 1b. Se solicitan retinografías, autofluorescencia retinal y OCT macular que se muestran en las figuras 1, 2 y 3.

Sobre la base de los antecedentes, se realizó una prueba de tuberculina (PPD 20 mm con flictenas en área de induración) y una prueba de Quantiferon (8.2) que resultaron ser positivas. Se realizó TAC de tórax, abdomen y pelvis que descartó el

compromiso de otros órganos. Se descartaron otras patologías infecciosas.

Se hace diagnóstico de coroiditis serpiginosa-like (CSL) secundaria a TB ocular presunta inactiva en OD y activa en OI. Se inició terapia anti-tuberculosa estándar con 4 drogas en fase diaria durante 10 semanas (isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol) y 2 drogas en fase trisemanal durante 16 semanas (isoniacida y rifampicina), combinada con corticoesteroides sistémicos a dosis reducción. Se realizó evaluación y seguimiento multimodal del compromiso ocular (ver figuras 4a, 4b y 5). En su control correspondiente al 7° mes posterior al inicio del tratamiento, la AVMC mejoró a 20/30 en el OI.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las características que permiten diferenciar entre ambas coroiditis, son que la CSL ocurre en individuos que viven en áreas con TB endémica, con lesiones multifocales que se inician en polo posterior, con exámenes sistémicos positivos para TB y mejoran con terapia anti TB. En ambas condiciones el proceso inflamatorio se localiza a nivel del EPR, coriocapilaris y retina externa^{1,2}. Hay que considerar a la TB como causa de inflamaciones intraoculares, que requieren de terapia específica y seguimiento para evitar secuelas visuales y las recurrencias a largo plazo.

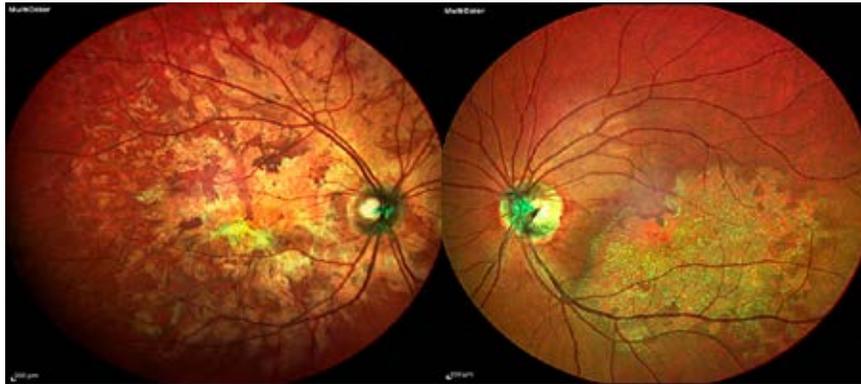


Figura 1 OD: Lesión placoide multifocal en área macular y peripapilar con presencia de fibrosis subretinal en área macular. OI: Lesión placoide en área macular inferior de bordes difuminados y en patrón serpenteante, que respeta la zona peripapilar.

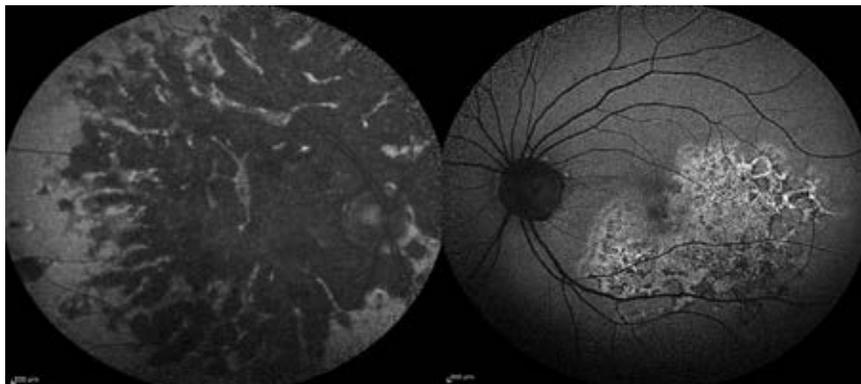


Figura 2 Autofluorescencia OD: Lesión placoide hipoautofluorescente en todo su territorio. OI: Lesión placoide hiperautofluorescente de mayor intensidad en los bordes.

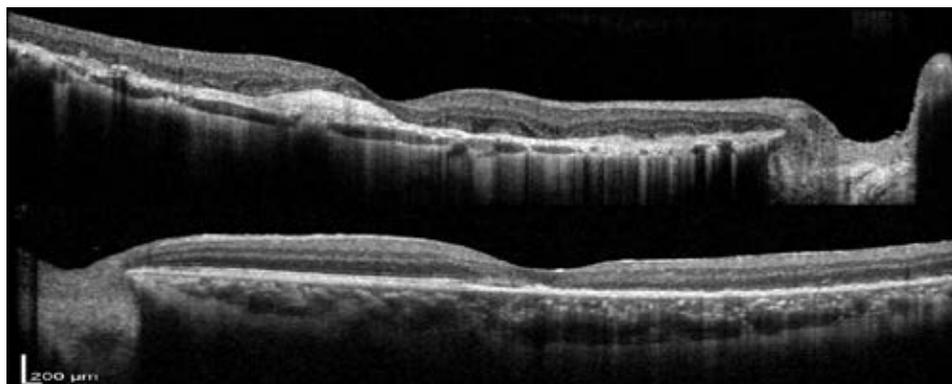


Figura 3 OCT macular OD: Fibrosis sub-retinal extensa en área central, asociado a atrofia coroidea difusa. OI: Interrupción del elipsoides y capa de foto-receptores asociado a engrosamiento coroideo difuso.



Figura 4a Retinografía OI mes 1 Lesión de mayor extensión que al momento del diagnóstico.



Figura 4b. Retinografía OI mes 6 Lesión de menor extensión, con bordes netos y migración pigmentaria.

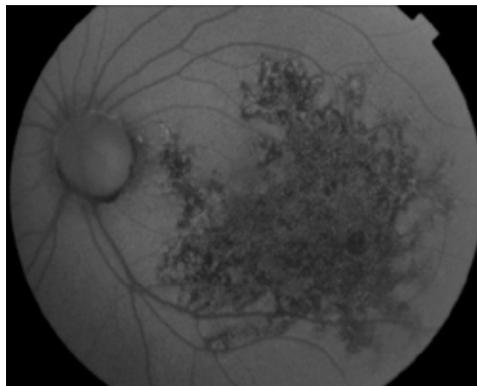


Figura 5 Autofluorescencia OI mes 6 Lesión hipoautofluorescente en toda su extensión que demuestra su inactividad.

REFERENCES

- 1.- Nazari Khanamiri H, Rao NA. *Serpiginous choroiditis and infectious multifocal serpiginoid choroiditis*. *Surv Ophthalmol*. 2013 May-Jun;58(3):203-32.
<https://doi.org/10.1016/j.survophthal.2012.08.008>
- 2.- Annamalai R, Sudharshan S, Biswas J. *Clinical Features, Investigations, Management, and Prognosis of Serpiginous Choroiditis*. *Asia Pac J Ophthalmol*. 2012 Sep-Oct;1(5):287-95.
<https://doi.org/10.1097/APO.0b013e31826f68a1>

El autor declara que no tiene ningún conflicto de interés. El estudio fue financiado con recursos del autor.

Recibido: 23 de Febrero del 2021

Aceptado: 27 de Abril del 2021

Publicado: 7 de Septiembre del 2021

Derechos de Autor (c) 2021 Gonzalo Duarte Gonzalez



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumen de licencia - Texto completo de la licencia](#)