

SECCION DE OBSERVACIONES CLINICAS

PSEUDOTUMOR ORBITARIO. REPORTE DE UN CASO

* Dr. Clemente Terrero Reyes

** Dr. Domingo Terrero Reyes

* Dr. Hector Bidó Garcia

** Dra. Clarisia Esmirda Gómez

* Dr. Mario Paulino Payán

*** Dra. Lourdes Indiana Barinas

Resúmen

Se reporta un caso de pseudotumor orbitario en un paciente de 13 años de edad.

Pseudomotor orbitario

Abstract

A case of orbital pseudotumor in a 13 years old patient is reported.

Orbital Pseudotumor

INTRODUCCION

El pseudotumor orbitario es una reacción inflamatoria rara, usualmente unilateral, que clínicamente semeja una neoplasia¹. Afecta predominantemente pacientes de mediana edad², su etiología es desconocida; aunque

mecanismos autoinmunes han sido postulados^{4,6}.

Histológicamente se caracteriza por un infiltrado de linfocitos, células plasmáticas y neutrófilos sin formas atípicas⁵⁻⁶.

Clínicamente se presenta con dolor orbitario de inicio súbito, tumefacción variable del

* Médicos Pediatras, Hospital Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo R.D.

** Médicos Generales

*** Residente de Pediatría, Hospital Dr. Robert Reid Cabral.

párpado, eritema, quemosis conjuntival, proptosis, disfunción de la motilidad y disminución visual¹⁻⁶.

Después de un cuidadoso examen clínico, los más importantes auxiliares diagnósticos son la evaluación radiográfica y ultrasonográfica de la órbita⁷. La presentación clínica descrita y la respuesta a la terapia corticoesteriodea es patognomónica de pseudotumor inflamatorio de la órbita⁸⁻⁹.

El propósito de este trabajo es presentar una patología que no había sido diagnosticada hasta el momento en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, según las indagaciones de los autores, y de la cual no fué posible obtener datos bibliográficos nacionales, lo que nos lleva a pensar que no había sido descrita en la literatura médica dominicana.

REPORTE DEL CASO

Se trata de un paciente masculino de 13 años de edad, natural de Salcedo y residente en Tenares donde cursa el 3er. año de primaria, quien es traído a consulta por presentar protrusión del ojo derecho.



FIG No. 1.- EL PACIENTE ANTES DE RECIBIR TRATAMIENTO; ES EVIDENTE EL EXOFTALMO Y LA INFLAMACION DEL TEJIDO PERIORBITARIO.

Al interrogatorio la madre refiere una historia de proptosis del ojo derecho de 6 meses antes, que respondió al tratamiento oral de prednisona en 2 meses. Por razones socioeconómicas se descartó la prednisona volviendo la proptosis a aparecer hace 3 meses acompañada de dolor punzante intermitente del ojo derecho.

Antecedentes personales patológicos: Sarampión. Antecedentes transfusionales: transfundido a causa de anemia severa hace 5 meses, posterior a la terapia corticoesteriodea. No antecedentes alérgicos ni traumáticos. Antecedentes familiares patológicos: sin importancia.

Exámen físico.-

Paciente consciente, orientado, eutrófico. Con exoftalmos marcado del ojo derecho, quemosis conjuntival y lagrimeo. Fig No. 1. Signos vitales dentro de límites normales. Resto del exámen sin otros hallazgos patológicos. El paciente es visto por el departamento de Oftalmología que reporta proptosis de 1 cm. del ojo derecho, con limitación de los movimientos de ese ojo y exámen intraocular de apariencia normal.

Exámenes de laboratorio.-

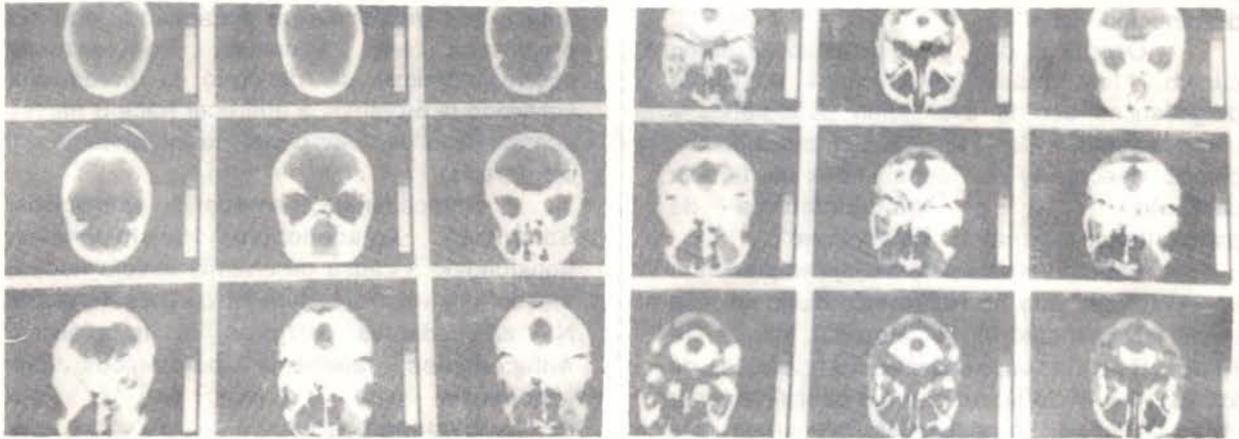
Ht 42%, G.B 12,750/mm³, neutrófilos: 55%, linfocitos: 65%. Radiografía de cráneo evidencia acrecentamiento de la órbita derecha.

La Tomografía Axial Computarizada describe masa superior y lateral, homogénea, a nivel de órbita derecha, con desplazamiento en sentido anterior e inferior del globo ocular que se origina en la región de la glándula lagrimal. La masa es isodensa y tiñe con contraste yodado. No se observó destrucción ósea. Fig. 2 y 3.

Se instala manejo clínico a base de dosis altas de corticoesteroides sistémicos (100 mg prednisona diarios) con vigilancia de los efectos secundarios de la inmunosupresión; presión arterial y glicemia. Además se aplica lubricación de la córnea.

Se decide no realizar biopsia en espera de respuesta a la terapia corticoesteriodea.

A los 2 días de instalado el tratamiento se observa que disminuye la presión orbital, pero persiste la quemosis conjuntival. Al 5to. día continuó la mejoría del cuadro y la conjuntiva es introducida con parche a presión, se mantiene igual dosis de corticoesteroides (100 mg/día) y se descarta la biopsia. A los 8 días se reporta una mejoría notable del paciente en respuesta a los esteroides. Se decide dejar el ojo



FIGURAS No. 2 y No. 3.- LOS CORTES TOMOGRAFICOS PRACTICADOS CADA 8 MM PONEN EN EVIDENCIA UNA VOLUMINOSA LESION HOMOGENA A NIVEL DE ORBITA DERECHA, LA CUAL DESPLAZA EN SENTIDO ANTERIOR E INFERIOR EL GLOBO OCULAR, TOMANDO EL CONTRASTE DE MANERA HOMOGENA LUEGO DE INYECCION DE MEDIOS. NO SE OBSERVA DESTRUCCION OSEA.

descubierto, ya que la conjuntiva luce normal y no hay quemosis. La dosis de prednisona es bajada en forma gradual.

Al 13vo. día de terapia corticoesteroides el paciente presenta notoria regresión de los síntomas y signos iniciales. Es dado de alta con las debidas recomendaciones en cuanto a la dosis de

corticoesteroides, (que continuará bajando) y la necesidad de chequeos oftalmológicos periódicos.

COMENTARIOS

El paciente presentó una sintomatología típica de pseudotumor orbitario similar a la descrita en la literatura médica internacional.^{1,2,6} con inicio abrupto, proptosis, quemosis conjuntival y disfunción de la motilidad del ojo afectado.

Los estudios radiográficos y tomográficos resultaron característicos de pseudotumor orbitario revelando paredes orbitarias intactas, sin destrucción ósea ni ensanchamiento de suturas y fisuras o hiperostosis, lo que lo diferencia de las neoplasias orbitarias. La tomografía axial computarizada es particularmente importante en el diagnóstico diferencial de pseudotumor.⁶⁻⁷

La venografía orbitaria, que antes se incluía como auxiliar diagnóstico, ha sido descartada, ya que la cantidad de información obtenida de este método, potencialmente peligroso es mínima, comparada a la de otras técnicas menos invasivas.⁷

Algunos autores^{2,6-7} han relacionado eosinofilia con pseudotumor orbitario alegando una posible naturaleza inmunoalérgica de la patología, en nuestro caso el paciente no presentó eosinofilia.

La realización o no de biopsia ha sido



FIG. No.4.- EL PACIENTE UN MES DESPUES DE RECIBIR TRATAMIENTO. SE OBSERVA UNA REGRESION CASI TOTAL DE LA LESION.

tema de controversia, actuamente se estima que puede ser obviada por el incremento de la exactitud clínica y las evaluaciones diagnósticas⁵⁻⁷.

El tratamiento esencial del pseudotumor inflamatorio orbitario es la administración sistémica de altas dosis de corticosteroides, lo que produce una rápida y completa regresión de los síntomas en los estadios temprano de la enfermedad -como ocurrió en nuestro caso-, la radioterapia adicional es exitosa en más del 25% de los casos^{1,4-5,7-9}. El uso de drogas citotóxicas (clorambucil y ciclofosfamida) ha sido sugerido para los casos refractarios, pero los resultados no han sido concluyentes⁵.

Cuando el pseudotumor no es tratado sigue un curso crónico característico, produciendo los tejidos inflamados compresión del nervio óptico, con la subsecuente lesión definitiva y permanente del mismo, progresando a ceguera y oftalmoplejía^{1,3,8,10-11}.

En resumen presentamos un caso de pseudotumor inflamatorio orbitario pediátrico, con las manifestaciones clínicas y radiográficas características, el cual fué tratado exitosamente con altas dosis de prednisona. Dada la rareza de esta entidad clínica se reporta este caso con el propósito de que ésta patología sea conocida y evaluada, sobre todo por pediatras y médicos que tratan niños.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Vaughan D. Oftalmología General. 6ta. edición. México. Editorial El Manual Moderno S.A. 1982; 149-150, 239.
- 2.- Newell F W. Ophthalmology. Principles and Concepts. Fifth Edition. Philadelphia. The C.V. Mosby Company 1982; 240.
- 3.- May C. Manual de las Enfermedades de los Ojos. 24ta. Edición. Barcelona. Salvat Editores. 1977; 300.
- 4.- Steinert R, Bullinger G. Orbital Pseudotumor. H.N.O. Apr. 1989. Vol 37 (4); 128-132.
- 5.- Díaz Llopis M, Menezo J L. Idiopathic Inflammatory Orbital Pseudotumor on low dose cyclosporine. American Journal of Ophthalmology. May 5, 1989. Vol 107 (5); 547-548.
- 6.- Mottow L S, Jakobiec F A. Idiopathic Inflammatory Orbital Pseudotumor in childhood I. Clinical characteristics. Archives Ophthalmology. 1978. Vol. 96 (5); 1410-1417.
- 7.- Mottoco Lippsa L, Jacobick F, Smith M. Idiopathic Inflammatory Orbital Pseudotumor in childhood II. Results of diagnostic test and biopses. Ophthalmology. June 1981. Vol. 88 (6); 565-574.
- 8.- Dell'Aria J C. Acute Pseudotumor of the Orbit. Journal Emergency Med. Nov-Dec 1987. Vol. 5 (6); 475-479.
- 9.- Benson W, Linberg J, Weinstein G. Orbital pseudotumor in a patient with AIDS. American Journal of Ophthalmology. June 15, 1988. Vol. 105 (6); 697-698.
- 10.- Flanders A E, Maffe M F, Rao V M, Choi K H. CT characteristics of orbital pseudotumors and others orbital inflammatory processes. Journal Comput Assist Tomogr. Jan-Febr 1989. Vol. 13 (1); 40-47.
- 11.- Brown D H, Mactae D L, Aelen L H. Orbital pseudotumors. Journal of Otolaryngol. Jun 1988. Vol. 17 (4); 164-168.