

Enfermedad de Eales de causa tuberculosa. Caso clínico

Ocular tuberculosis associated with Eales disease. Clinical case

RUIZ DE LA FUENTE P¹, PINTO C¹, ROCHA P¹, ABREU JA², SERRANO MÁ²

RESUMEN

Caso clínico: Paciente mujer de 58 años de origen libanés, que acude por disminución de agudeza visual (AV) en ojo izquierdo (OI). La exploración pone de manifiesto periflebitis retiniana periférica y posteriormente isquemia retiniana, siendo compatible con una enfermedad de Eales. Las pruebas de laboratorio revelan Mantoux y quantiferón positivos. Tras realizar tratamiento tuberculostático sistémico, evoluciona favorablemente.

Discusión: La enfermedad de Eales es una vasculitis retiniana que afecta predominantemente a la retina periférica. Aunque se ha relacionado con la tuberculosis, su etiopatogenia es desconocida.

Palabras clave: Tuberculosis, enfermedad de Eales, periflebitis, isquemia, retiniana.

ABSTRACT

Case report: Lebanese 58-year-old female patient, who presents decreased visual acuity (VA) in her left eye (LE). Exploration discovers retinal periphlebitis that improves with enterally supplied corticoids. Three months later there is new visual loss in her left eye, and retinal ischemia is observed in the area that was previously affected. The condition seems to be related to Eales disease and peripheral retinal ischemia is later revealed, being compatible with Eales disease. Laboratory tests prove positive Mantoux and QuantiFERON. After systemic TB treatment, the patient progresses favorably.

Discussion: Eales disease is a retinal vasculitis that affects the peripheral retina predominantly. Although it has been linked to tuberculosis, its pathogenesis is unknown.

Keywords: Tuberculosis, Eales disease, retinal, phlebitis, ischemia.

Servicio de Oftalmología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife. España.

¹ Licenciado en Medicina.

² Doctor en Medicina.

Correspondencia:

Paloma Ruiz de la Fuente Rodríguez

Servicio de Oftalmología. Complejo Hospital Universitario de Canarias

Carretera La Cuesta-Taco, s/n.

38320 La Laguna. Tenerife

E-mail: palomaruizdelafuente@hotmail.com/

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis puede afectar a cualquier estructura ocular, aunque la forma más frecuente de presentación es la uveítis.

En el caso clínico descrito, se manifestó como una enfermedad de Eales, una vasculitis de etiología desconocida que se ha relacionado en algunos casos con el *Micobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*).

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de origen libanes que acude por disminución de AV de OI. Presenta como antecedentes oftalmológicos, una vasculitis retiniana de localización temporal inferior en OI, asociada a hemovítreo y membrana epirretiniana (MER), que se trató mediante cirugía retinovitrea en el año 2004.

En la exploración oftalmológica inicial, destaca una agudeza visual mejor corregida (AVMC) de 0,8 en ojo derecho (OD) y 0,5 en OI y en la fundoscopia, hemorragias reti-

nianas y envainamiento vascular fundamentalmente en arcada superior. (Figura 1.A). La angi fluoresceingrafía (AFG) muestra una imagen en moteado sobre el área afecta (fig. 1B).

El cuadro es compatible con una enfermedad de Eales, pero queda sin establecer la etiología de la misma.

Se realiza despistaje de patología infecciosa y autoinmune, obteniendo como resultado destacado un mantoux positivo. La radiografía de tórax es normal y no se acompaña de clínica a nivel sistémico.

Permanece estable hasta un año después, momento en que la AVMC desciende hasta 0,4, objetivándose nuevas hemorragias retinianas que se extienden hasta polo posterior, asociando neovasos. La AFG muestra isquemia retiniana subsidiaria en relación con las áreas de mayor afectación (figs. 2A y 2B).

A pesar del tratamiento con fotocoagulación sobre las áreas de isquemia, la AVMC en OI empeora hasta 0,25, debido a una pérdida de depresión foveolar (fig. 3). Es en este momento cuando se realiza un test de

Fig. 1: A) Retinografía ojo izquierdo (OI). Hemorragias retinianas y envainamiento vascular, fundamentalmente en arcada superior. B) Angiofluoresceingrafía (AFG) OI: imagen en moteado sobre el área afecta..

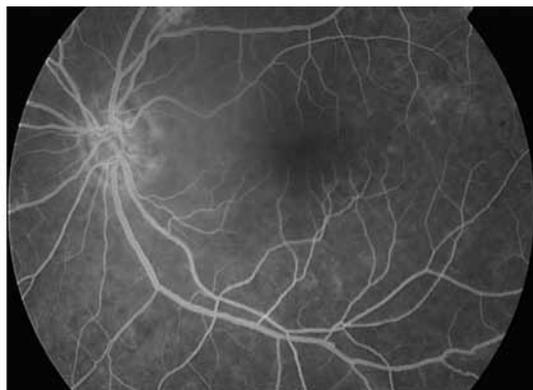
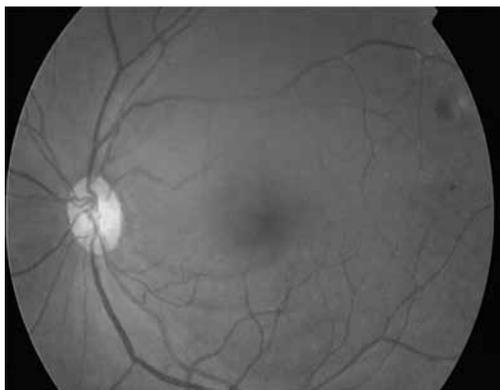
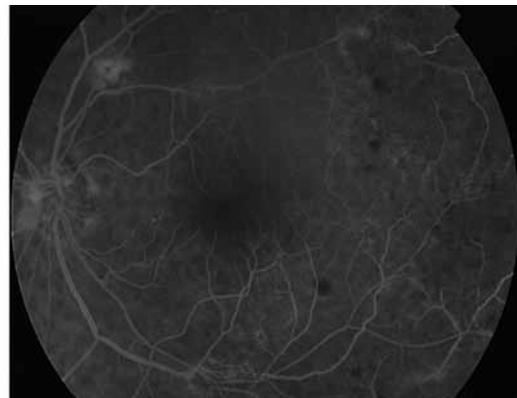
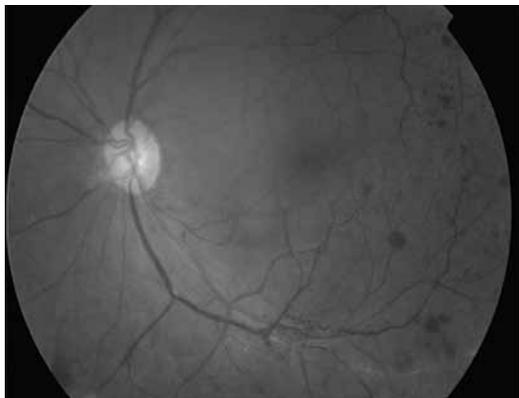


Fig. 2: A) Retinografía en color OI. Hemorragias retinianas que se extienden hasta polo posterior asociando neovasos. B) AFG OI. Isquemia retiniana temporal inferior, en relación con las áreas de mayor afectación.



quantiferón que ofrece un resultado positivo, estableciendo la etiología tuberculosa del cuadro.

Se inicia tratamiento con tuberculostáticos (isoniacida y rifampicina durante 6 meses, asociado a pirazinamida los dos primeros meses) y prednisona (30 mg diarios en pauta descendente lenta).

Tras completar el tratamiento, se produce la resolución del cuadro con una AVMC de 0,8 en OI, manteniéndose estable y sin recaídas en los últimos dos años (fig. 4).

DISCUSIÓN

La enfermedad de Eales fue descrita por Henry Eales en 1880. Afecta principalmente a varones jóvenes, manifestándose como una periflebitis periférica que puede originar isquemia retiniana y neovascularización. Aunque su etiopatogenia es desconocida, existen numerosos casos en la literatura que lo relacionan con una reacción de hipersensibilidad tipo IV frente a antígenos del *M. tuberculosis*. Estudios recientes han encontrado niveles elevados de IL-6 y VEGF tanto en suero como en vítreo de estos pacientes durante la fase inflamatoria de la enfermedad y de factor de necrosis tumoral (TNF) en estadios proliferativos de la misma (1).

Se manifiesta como una periflebitis oclusiva que afecta múltiples cuadrantes, comenzando anteriormente al ecuador y progresando posteriormente. Ocasionalmente puede comenzar cerca de la cabeza del nervio óptico mimetizando una trombosis venosa. Inicialmente, se puede presentar como una periflebitis retiniana activa con exudados alrededor de las venas, asociada con hemorragias retinianas e infartos hemorrágicos de la retina. Cuando la periflebitis cura, deja como secuelas esclerosis en venas, anastomosis vascular anómala y zonas de isquemia que pueden conducir a una retinopatía proliferativa con hemorragia vítrea, desprendimiento de retina traccional, rubeosis iridis o glaucoma neovascular (2).

La AFG resulta útil para el diagnóstico de la vasculitis activa, encontrando hallazgos característicos como fugas difusas de contraste, áreas de isquemia y neovasos, revelando en ocasiones una vasculitis más extensa que lo que sugiere el examen clínico (3).

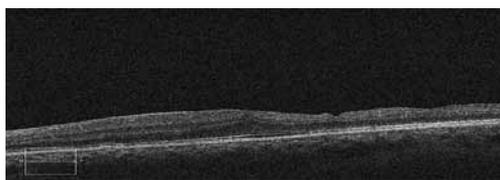


Fig. 3:
Tomografía de coherencia óptica (OCT) macular
OI: pérdida de la depresión foveolar central.

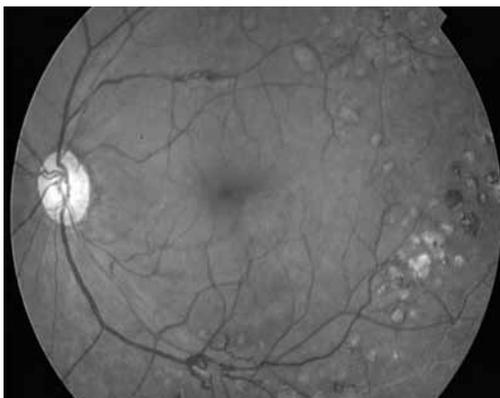


Fig. 4:
Retinografía
OI: impactos de láser sobre áreas de proliferación vascular.

Llegar al diagnóstico etiológico resulta difícil ya que estaba implicado el *M. tuberculosis*.

El diagnóstico de la tuberculosis ocular depende en gran parte de la clínica, ya que la mayoría no tienen clínica sistémica tuberculosa y existen dificultades para obtener evidencia microbiológica.

Los criterios diagnósticos de la tuberculosis ocular suelen basarse en hallazgos clínicos sugerentes de tuberculosis ocular sin otra causa de uveítis en las pruebas serológicas, un test de tuberculina o quantiferón positivos (este último más específico), y la respuesta a terapia antituberculosa con ausencia de recurrencias (4).

Existen dudas en cuanto a la utilidad de la PCR para obtener DNA del bacilo, debido a que en muchos casos, las manifestaciones oculares obedecen a fenómenos de hipersensibilidad retardada sin existir replicación activa del agente infeccioso (4).

El tratamiento consiste en emplear terapia antituberculosa (rifampicina e isoniacida durante 6 meses, asociando pirazinamida los dos primeros meses), y prednisona oral a dosis de 1 mg/kg hasta que exista mejoría clínica (5), siendo efectivo en la resolución de la inflamación, sin recurrencias tras finalizar el tratamiento.

El *M. tuberculosis* es el primer agente etiológico que debemos descartar cuando estamos ante una enfermedad de Eales, ya que

existe una importante asociación etiológica, y la buena respuesta al tratamiento nos proporciona una reducción en la morbilidad de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abouammoh, Marwan. Abu El-Asrar, Ahmed M. Imaging in the diagnosis and management of ocular tuberculosis. *International Ophthalmology Clinics*. 52(4): 97-112, 2012
2. Baeta Bayón L, Toledo Monzón JL, Cabrera Marrero B, Jerez Olivera E, Cardona Guerra P. Enfermedad de Eales. A propósito de un caso. *Arch. Soc. Canar. Oftal.* 2005 n° 16.
3. Sen A, Paine SK, Chowdhury IH, et al. Impact of interleukin-6 promoter polymorphism and serum interleukin-6 level on the acute inflammation and neovascularization stages of patients with Eales disease. *Mol Vis* 2011; 17: 2552-2563.
4. Varma D, Anand S, Reddy AR, et al. Tuberculosis at under-diagnosed aetiological agent in uveitis with an effective treatment. *Eye* 2006; 20: 1068-1073.
5. Mehta s. The treatment of ocular tuberculosis: a survey of published literature. *Indian J Ophthalmol* 2006; 54: 278-280.