

¿CUAL ES SU DIAGNOSTICO?

M.P. Falero Gallego, A. Verdú Pérez,
E. Sanz de Tellechea, E. Carvajal Alonso-
Barajas, T. Garde Morales, M. Martínez
Campos, J.L. Zunzunegui Martínez

An Esp Pediatr 1997;47:83-84.

Caso clínico

Niña de 12 años que presenta un cuadro de 3 días de evolución de dolor, edema periorbitario y ptosis palpebral de ojo derecho, sin fiebre ni otros síntomas. No refiere historia de traumatismo ocular. No destacan antecedentes personales ni familiares de interés.

En la exploración se observa, además de los signos oculares referidos, diplopía horizontal dolorosa en la mirada lateral extrema hacia la izquierda, con limitación de la adducción del ojo derecho y sin dificultad para la movilización ocular en otras direcciones. El globo ocular izquierdo no presenta ningún signo inflamatorio. La agudeza visual y el examen fundoscópico en ambos ojos son normales. El resto de la exploración por aparatos es normal.

En las pruebas complementarias, el hemograma muestra: 8.000 leucocitos/mm³ (segmentados: 54%, linfocitos: 36'6%, monocitos: 7'7%, eosinófilos: 0'9%, basófilos: 0'1%); 224.000 plaquetas/mm³; hemoglobina: 13'9 g/dl; hematocrito: 41'2%. El perfil bioquímico básico, que incluye electrolitos, urea y creatinina, es normal. Se determinan también en sangre T4 libre y TSH, dentro de límites normales, y anticuerpos antitiroideos, antinucleares y anti-DNA nativo, que resultan negativos. La intradermoreacción de Mantoux es negativa. Las radiografías de tórax, de senos paranasales y de ambas órbitas son normales.

Con el objeto de precisar con más claridad la naturaleza de la patología periorbitaria que presenta la paciente, se realiza una tomografía axial computarizada (TAC) craneal y orbitaria (Fig. 1), en la que se observa un engrosamiento difuso que afecta a la totalidad del músculo recto externo derecho, con aparente obliteración de la grasa periférica adyacente, sin afectación del resto de la musculatura extraocular derecha ni de otras estructuras intraorbitarias o intracraneales. En la reconstrucción coronal de la TAC orbitaria (Fig. 2) se puede apreciar más claramente el engrosamiento del citado músculo.

Adolescente con inflamación periorbitaria unilateral y diplopía



Figura 1. Tomografía axial computarizada craneal y orbitaria.



Figura 2. Tomografía axial computarizada orbitaria (reconstrucción coronal).

Preguntas

1. ¿Cuál es su diagnóstico?
2. ¿Qué tipo de tratamiento cree indicado?

Servicio de Pediatría y Unidad de Neuropediatría. Hospital "Virgen de la Salud". Toledo.

Correspondencia: Dra. M.P. Falero Gallego. Servicio de Pediatría. Hospital "Virgen de la Salud". Avda. de Barber, 30. 45004 Toledo.

Miositis orbitaria aguda idiopática

Los hallazgos de la TAC, más tarde confirmados por la IRM, son compatibles con el diagnóstico de miositis aislada del músculo recto externo derecho. Tras el diagnóstico se inició tratamiento con ibuprofeno vía oral, que fue mantenido durante 8 días. La paciente experimentó una evolución favorable, con desaparición progresiva y completa de los síntomas a los 10 días de su ingreso. La TAC orbitaria de control, realizada al mes, fue normal. Tras 9 meses de seguimiento ambulatorio, la paciente no ha presentado recurrencias.

La miositis orbitaria aguda idiopática es una afección inflamatoria de la musculatura extrínseca ocular de causa desconocida. Forma parte de un amplio grupo de afecciones inflamatorias orbitarias inespecíficas englobadas bajo el término de "pseudotumor orbitario"⁽¹⁾.

Se trata de una entidad poco frecuente. Según la larga serie de Rootman, de 484 casos de patología orbitaria, sólo el 0'4% correspondía a miositis aguda⁽²⁾. Afecta sobre todo a adultos jóvenes, aunque también puede verse, raramente, durante la infancia⁽³⁾, sin preferencia de sexo. La afectación puede ser única o múltiple (53%), unilateral o bilateral, y el músculo más frecuentemente involucrado es el recto interno (56% de los casos) seguido del recto externo (36%)⁽⁴⁾.

El curso clínico puede ser agudo, crónico o recurrente. Los síntomas incluyen dolor orbitario exacerbado por los movimientos oculares, edema y ptosis palpebrales, hiperemia conjuntival, diplopía y limitación de la movilidad ocular del músculo afecto hacia el lado opuesto al de su acción, por disminución de la extensibilidad, como claramente sucedía en nuestra paciente.

El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen, necesarias para descartar otras patologías orbitarias que producen una sintomatología similar. En la ecografía orbitaria se puede apreciar un engrosamiento y alargamiento homogéneos del músculo afectado y su tendón, de baja ecogenicidad, imagen casi diagnóstica de miositis. Con la TAC se logra una localización precisa y se puede observar el aumento difuso de volumen del músculo, que generalmente adquiere una forma cilíndrica o de huso, con bordes bien definidos. Patrinely⁽⁴⁾ describió una serie de características radiológicas diferenciales de las imágenes del músculo afecto en la TAC en función de la etiología; sin embargo,

estas características no son patognomónicas. La IRM se presenta también como un método útil para el diagnóstico de miositis orbitaria, teniendo para algunos autores más valor que la TAC.

El diagnóstico diferencial de esta entidad hay que hacerlo en primer lugar con la enfermedad de Graves-Basedow, la causa más frecuente de inflamación de la musculatura extrínseca ocular. Otras entidades nosológicas que se deben descartar ante un cuadro de estas características son: celulitis orbitaria infecciosa, sinusitis, fístula carótido-cavernosa, trombosis del seno cavernoso, tumores primarios o metastáticos, etc.

El tratamiento clásico de la enfermedad son los corticoides sistémicos, con los que se logra una evolución favorable^(1,3,5). A pesar de ello, las recurrencias son frecuentes. Queremos destacar la buena evolución de nuestra paciente con el tratamiento con ibuprofeno vía oral a dosis antiinflamatorias, durante tan sólo 8 días. La remisión se produjo, no sólo de los síntomas, sino también de las alteraciones presentes en las pruebas de imagen.

Finalmente, subrayar la importancia de realizar un correcto diagnóstico diferencial ante la afectación inflamatoria de la musculatura extrínseca ocular, descartando posibles noxas de pronóstico desfavorable. Por otra parte, ante un cuadro de miositis orbitaria aguda idiopática se podría llevar a cabo un primer ensayo terapéutico con AINEs vía oral, evitando así los efectos secundarios inherentes a los corticoides. Sólo en caso de fracaso de esta medida se deberían administrar corticoides sistémicos.

Bibliografía

- 1 Rohr J, Gauthier G: Myosite orbitaire aiguë idiopathique. *Rev Neurol* (París) 1988; **144**:47-48.
- 2 Rootman J, Nugent R: The classification and management of acute orbital pseudotumors. *Ophthalmology* 1982; **89**:1040-1048.
- 3 Rougier J, Joyeux O, Tinland F, Vadot E: Les myosites orbitaires. *Bull Soc Ophthalmol Fr* 1975; **75**:1025-1029.
- 4 Patrinely JR, Osborn AG, Anderson RL, Whiting AS: Computed tomographic features of nonthyroid extraocular muscle enlargement. *Ophthalmology* 1989; **96**:1038-1047.
- 5 Tychsen L, Tse DT, Ossoining K, Anderson RL: Trochleitis with superior oblique myositis. *Ophthalmology* 1984; **91**:1075-1079.