

Orbitopatía Tiroidea *versus* tumor orbitario. A propósito de tres casos

María Cáceres Toledo, Odalys Cáceres Toledo, René A. Ortiz Jacobo, Diamelys Rivero Pérez

Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta una serie de tres casos con Orbitopatía Tiroidea, que acudieron a la consulta de Neuroftalmología, remitidos por otros especialistas con la posibilidad diagnóstica de un tumor orbitario.

Objetivo: describir las características clínicas y radiológicas encontradas en una serie de tres casos y transmitir las experiencias alcanzadas en su diagnóstico, tratamiento y seguimiento evolutivo.

Se concluye que el exoftalmos, la hipotropía y la esotropía, asociada a la retracción palpebral superior e inferior, que caracterizan a la Orbitopatía Tiroidea, fueron la base del diagnóstico positivo y diferencial.

Palabras clave: Orbitopatía Tiroidea; tumor orbitario; corrección del estrabismo y de la retracción.

INTRODUCCIÓN

La Orbitopatía Tiroidea (OT) es una enfermedad autoinmune sin relación directa con las alteraciones causadas por la sobreproducción de hormonas tiroideas.¹⁻⁸ Dos entidades deben ser diferenciadas: la OT debido a los efectos de la tirotoxicosis y la infiltrativa. La primera se caracteriza por la retracción palpebral, mientras que en la segunda predominan los síntomas y signos de actividad inflamatoria: edema palpebral, quémosis conjuntival, hiperemia en la inserción de los músculos, dolor periorbitario y pérdida visual debido a la neuropatía óptica compresiva.⁶⁻⁸

El estrabismo restrictivo, es una oftalmoplejía que ocurre en el curso de la OT, debido al engrosamiento y posterior fibrosis de los músculos extraoculares y después de la cirugía descompresiva orbitaria. Las formas de presentación habituales son la hipotropía y la esotropía.⁴⁻⁶

Según Rootman³ el período activo, congestivo o inflamatorio de la OT se extiende por un periodo de seis meses a dos años y afecta con mayor frecuencia a personas en la cuarta o quinta década de la vida. Los pacientes refieren diplopia debido a la miositis, que caracteriza a este periodo, la cual evoluciona hacia la fibrosis que conlleva al

estrabismo restrictivo del período fibrótico de la OT, sin síntomas y signos de actividad inflamatoria.¹

En los estudios imaginológicos realizados a estos pacientes se observa este engrosamiento muscular.⁸ En los cortes coronales y axiales de la Tomografía Computadorizada (TC) el músculo recto inferior (RI), el cual se afecta con mayor frecuencia en la OT, puede alcanzar hasta ocho veces su tamaño normal por lo que se confunde, con relativa frecuencia, con una masa tumoral. Lo antes planteado ha sido el motivo de preocupación para pacientes, familiares y profesionales relacionados con esta entidad.^{1,4-6}

La cantidad de pacientes remitidos con el diagnóstico antes expuesto, en un corto período de tiempo, fue la principal motivación para presentar esta serie, con el objetivo de describir las características clínicas y radiológicas encontradas en una serie de tres casos y transmitir las experiencias alcanzadas en su diagnóstico, tratamiento y seguimiento evolutivo.

A continuación se presenta una serie de tres casos con OT, que acudieron a la consulta de Neuroftalmología del HHA en el periodo de febrero a julio de 2014, remitidos por otros especialistas con la posibilidad diagnóstica de un tumor orbitario.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

CASO 1

Paciente masculino de 44 años, con antecedentes de salud anterior, es remitido desde la provincia de Matanzas por exoftalmos unilateral para estudio y tratamiento. Se sospechaba una tumoración retro ocular izquierda. Se realizó un riguroso estudio clínico y del eje hipofisario-tiroideo, en el cual se demostró que el enfermo estaba hipotiroideo. El ultrasonido de la glándula mostró el patrón de una tiroiditis de Hashimoto. Se realizó la TC de órbitas donde se observaron las características de la OT, con afectación del recto inferior izquierdo (RII). El paciente fue evaluado y tratado por el especialista en Endocrinología hasta lograr la compensación de la función tiroidea (eutiroidismo).

La [figura 1](#), muestra la retracción palpebral inferior. En los cortes de la TC se aprecia el engrosamiento del RII. La [figura 2](#) muestra los resultados terapéuticos obtenidos con la retroinserción quirúrgica del músculo para la corrección del estrabismo y la sección del músculo de Müller para la retracción palpebral superior. Se puede apreciar la elevación simétrica de ambos ojos con respecto al preoperatorio.



Fig.1. Estrabismo restrictivo por engrosamiento del RI en el curso de la OT.



Fig. 2. Estrabismo restrictivo en el curso de la OT. Resultados terapéuticos.

CASO 2

Paciente femenina de 34 años de edad, con antecedentes de salud anterior, es remitida desde Guantánamo por exoftalmos unilateral con la sospecha de una tumoración retro ocular. La evaluación clínica del endocrinólogo, los estudios de laboratorio y el ultrasonido del tiroides fueron normales, sin embargo, no se descarta una fase de hipertiroidismo subclínico que evolucionó al eutiroidismo. En la [figura 3](#), se muestra un corte axial de la TC de órbitas donde se observa el engrosamiento del vientre del músculo RI.

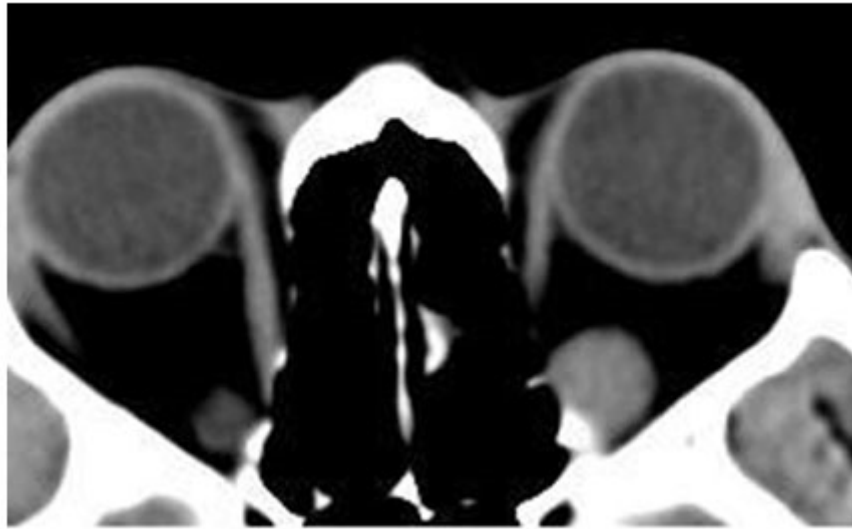


Fig. 3. Engrosamiento del RI en el curso de la OT.

En la primera foto de [figura 4-A](#) se observa la desviación del ojo izquierdo (OI) hacia abajo (hipotropía) en posición primaria de la mirada (PPM), por afectación del RII y en la segunda se observa la imposibilidad de elevar el ojo afectado debido a la restricción del músculo. La [figura 4-B](#) muestra los resultados terapéuticos obtenidos con la retroinserción quirúrgica del RII para la corrección del estrabismo, con lo que se eliminó la hipotropía en PPM e infraducción y se logra la elevación simétrica de ambos ojos. La retracción palpebral superior se corrigió con la sección del Müller. Un equipo multidisciplinario integrado por oftalmólogos y otorrinolaringólogos, realizó la corrección de la retracción palpebral inferior con la colocación de un espaciador de cartílago auricular autólogo.

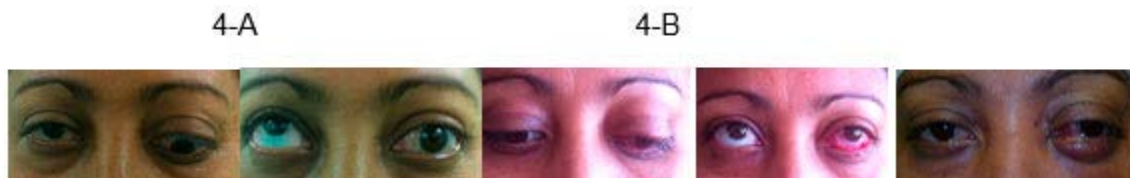


Fig. 4. Corrección del estrabismo y de la retracción palpebral.

CASO 3

Paciente masculino de 30 años de edad con antecedentes de salud anterior, comienza con pérdida de peso y síndrome ansioso. Posteriormente se observa exoftalmos unilateral derecho.

Se remite al HHA con la sospecha de un tumor retro ocular. Se diagnosticó un bocio multinodular con hipertiroidismo. En la exoftalmometría realizada, se encontró una diferencia de 3 milímetros en el ojo derecho (OD) con respecto al OI. La TC mostró el leve engrosamiento del vientre del músculo recto inferior derecho (RID), la flecha

señala la fibrosis en el área anatómica que ocupan los retractores palpebrales inferiores ([Fig. 5](#)). Después del control hormonal y clínico, por parte del endocrinólogo, se realizó la corrección de la retracción palpebral inferior con cartílago auricular autólogo. La [figura 6](#) (A y B) muestra al paciente antes y después del tratamiento quirúrgico.

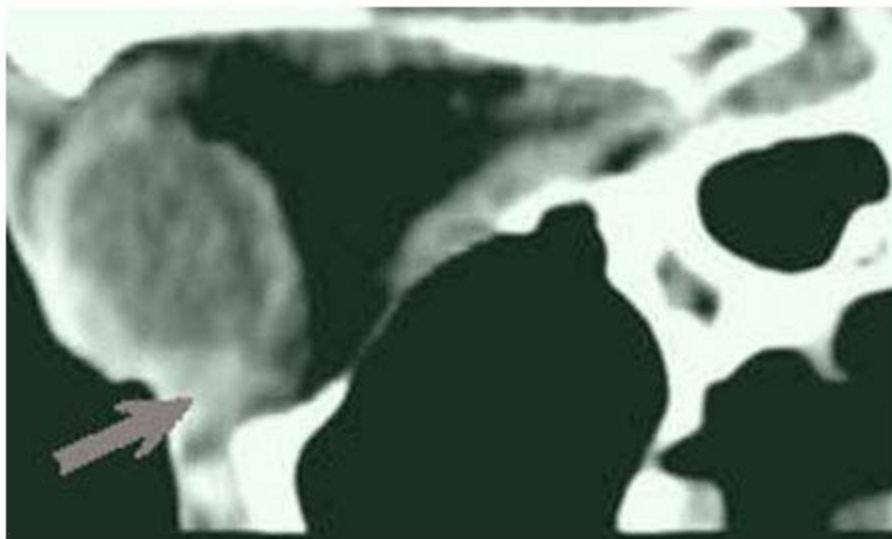


Fig. 5. Fibrosis muscular (RID) y de los retractores palpebrales inferiores.



Fig. 6. Paciente antes (6-A) y después del tratamiento quirúrgico (6-B).

En un año de seguimiento evolutivo no se han observado signos de rechazo, extrusión ni reabsorción del material autólogo implantado en los dos casos tratados, ni recidiva de la retracción palpebral superior en los casos operados.

DISCUSIÓN

La orbitopatía fue asimétrica en la totalidad de los casos diagnosticados y tratados en la presente serie y solo uno presentaba tirotoxicosis. Pérez Moreiras y cols¹ consideran que en el curso natural de la enfermedad no existe necesariamente un desarrollo paralelo entre la tirotoxicosis (Enfermedad de Graves-Basedow) y la OT.

La causa más frecuente de exoftalmos unilateral y bilateral en el adulto es la OT, la cual es la principal manifestación extratiroidea de la enfermedad de Graves. El exoftalmos con retracción palpebral bilateral es casi patognomónico de esta enfermedad orbitaria, sin embargo, varios pacientes son remitidos al oftalmólogo con afectación unilateral.¹⁻⁸ Según Char,⁹ menos del 60 % de los pacientes con OT tienen elevadas las hormonas tiroideas en el momento de la aparición del cuadro clínico y por el contrario la tirotoxicosis no siempre se acompaña de manifestaciones oculares.

Los tres casos de la serie fueron remitidos por la sospecha de un tumor retro ocular, lo que coincide con el reporte de otros autores,^{1,3,6,8} los cuales aseveran que estos enfermos pueden tener una orbitopatía asimétrica y el músculo engrosado, generalmente el recto inferior, simula una tumoración orbitaria.

El porcentaje de éxitos presentados por la autora en la corrección quirúrgica del estrabismo, coinciden con los obtenidos por Seo¹⁰ y Nassar.¹¹

Los resultados de la corrección quirúrgica de la retracción palpebral, fueron satisfactorios en los casos operados. El uso terapéutico de tejidos autólogos como el cartílago auricular, en la corrección de la retracción palpebral inferior, es muy efectivo y evita el rechazo en la mayoría de los casos, lo que coincide con los reportes de la literatura.^{1,6,12}

Se concluye que el exoftalmos, la hipotropía y la esotropía, asociada a la retracción palpebral superior e inferior que caracterizan a la OT, fueron la base del diagnóstico positivo y diferencial en la serie de casos presentada. Los estudios imagenológicos y los del laboratorio apoyaron a la clínica y definieron la conducta a seguir en cada caso. Se obtuvieron excelentes resultados quirúrgicos en la corrección del estrabismo y de la retracción palpebral en los tres casos operados, los cuales han evolucionado satisfactoriamente.

Sugerimos que se tenga en cuenta la OT, debido a su frecuencia y que se deseche la causa tumoral como la primera posibilidad diagnóstica, debido a la alarma innecesaria que esto provoca en pacientes y familiares, además este pensamiento médico puede conducir a que se realice un procedimiento quirúrgico, ya sea para tomar una biopsia o para la excéresis total de la supuesta masa tumoral. La referida conducta es invasiva y solo empeora la reacción inflamatoria intraorbitaria que padecen estos enfermos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Moreiras JV, Prada Sánchez MC. Orbitopatía Tiroidea. Fisiopatogenia, diagnóstico y tratamiento. Arch Soc Esp Oftalmol 2003:1-30.
2. Liao W, Chen R, Lin H, Liu Y, Chen W, Tsai Y. Toll-like receptor gene polymorphisms are associated with susceptibility to Graves' ophthalmopathy in Taiwan males. BMC Medical Genetics 2010:154. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2350/11/154>
3. Rootman J, Dolman PJ. Thyroid Orbitopathy. In: Rootman J. Diseases of the Orbit. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2003:169-212.

4. Cáceres M, Arbolaez O, Cáceres O. Descompresión orbitaria por endoscopia nasal en la Orbitopatía Tiroidea. Presentación de un caso. Vision Pan-America. 2011;10:84-6.
5. Cáceres M, Pérez R. Variantes terapéuticas del estrabismo restrictivo. Revista Cubana de Oftalmología 2009;22(2).
6. Ing E, Roy H. Thyroid-Associated Orbitopathy. 2011. Disponible en: <http://www.e-Medicine.com>
7. Cáceres M, Cáceres O, La OY. Orbitopatía Tiroidea. Alternativas Terapéuticas. En: Colectivo de Autores. Manual de Prácticas Médicas del Hospital Hermanos Ameijeiras. ECIMED. IV Edición 2012:825-8.
8. Chan L, Tana H, Fook-Chongb S, Teoa T, Limc L, Seahc L. Graves Ophthalmopathy: The Bony Orbit in Optic Neuropathy, Its Apical Angular Capacity, and Impact on Prediction of Risk. American Journal of Neuroradiology. 2009:597-602.
9. Char DH. The Ophthalmophathy of Graves disease. Med clin north Am 1991:97-119.
10. Seo Y, Kyung Chang M. Results of Surgical Treatment for Paralytic Strabismus. J Korean Ophthalmol Soc 2009:1377-85.
11. Nassar MM, Dickinson AJ, Neoh C. Parameters predicting outcomes of strabismus surgery in the management of Graves' ophthalmopathy. J AAPOS 2009:236-40.
12. Kikkawa O. Histopathologic analysis of palpebral conjunctiva in Thyroid Related Orbitopathy. Trans Am Ophthalmol Soc 2010:46-61.

Recibido: 4 de enero de 2015.

Aprobado: 13 de febrero de 2015.

María Cáceres Toledo. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.