

Escleritis posterior bilateral: a propósito de un caso

Autoras:

Dras. Agostina Jara Godoy, María Victoria Cibrán, Buiyi Wong Campoverde

Instituto Oftalmos - Sanatorio Otamendi-Miroli.

Contacto: agosjaragodoy@gmail.com

Recepción: 2/3/2024

Aprobación: 14/4/2024

Disponible en www.sao.org.ar

Arch. Argent. Oftalmol. 2024; 25: 31-35



Resumen

La escleritis posterior es un trastorno inflamatorio poco común que afecta a la capa externa del ojo, localizada posterior a la inserción de los músculos rectos. Es una entidad subdiagnosticada debido a su baja prevalencia y sintomatología poco específica. Se presenta frecuentemente de forma unilateral, afectando más a las mujeres de mediana edad. Puede encontrarse asociada a inflamaciones sistémicas como artritis reumatoide o ciertas vasculitis. El dolor ocular severo es el síntoma más común, y la afectación visual dependerá de la ubicación de la inflamación y la afectación macular, aunque en un bajo porcentaje de casos puede encontrarse ausente. Desarrollaremos el caso de un paciente masculino de 19 años, previamente sano, con escleritis posterior bilateral. Revisaremos la historia clínica del paciente, así como los estudios realizados y la literatura actual.

Palabras claves: Escleritis posterior, escleritis bilateral posterior, inflamación ocular, corticoides.

Abstract

Posterior scleritis is a rare inflammatory disorder that affects the outer layer of the eye, located posterior to the insertion of the rectus muscles. It is an underdiagnosed entity due to its low prevalence and non-specific symptomatology. It frequently occurs unilaterally, in middle-aged women. It can be associated to systemic inflammations such as rheumatoid arthritis or certain vasculitis. Severe eye pain is the most common symptom, visual impairment will depend on the location of the inflammation and macular involvement, although in a low percentage of cases it may be absent. This report describes the case of a 19-year-old male patient, previously healthy, with bilateral posterior scleritis. We will review the patient's clinical history, studies performed and current literature.

Keywords: Posterior scleritis, bilateral posterior scleritis, ocular inflammation, corticosteroids.

Reporte de caso

Se presenta el caso de un paciente masculino de 19 años sin antecedentes personales patológicos, ni oftalmológicos conocidos. Acude a la consulta refiriendo disminución de agudeza visual predominantemente de ojo derecho, acompañado por cefaleas y molestias a los movimientos oculares bilaterales de una semana de evolución.

En la valoración inicial se evidencia agudeza visual mejor corregida (AVMC) en ojo derecho (OD) (Cil: -1.00 Eje: 99) 20/50 y en ojo izquierdo (OI) (Cil: -1.25 Eje: 70) 20/30. En la biomicroscopía se observa conjuntivas hiperémicas en sector temporal bilateral, sin signos de inflamación en segmento anterior. La presión intraocular se encuentra dentro de límites normales. En la funduscopia realizada bajo dilatación farmacológica con oftalmoscopio binocular indirecto con lupa de 20 dioptrías, se evidencia ambos nervios ópticos de bordes netos y bien definidos, así como una lesión sobreelevada difusa localizada en sector temporal a la fóvea, de forma bilateral compatibles con desprendimiento retinal seroso localizado. Además, se aprecian pliegues maculares verticales bilaterales (ver Figura 1). Se realiza tomografía de coherencia óptica (OCT) macular donde se confirma la presencia de líquido subretinal en ambos ojos (ver Figura 2).

Se realiza resonancia magnética nuclear (RMN), y en la secuencia FLAIR, se observa una lesión hiperintensa en sector posterior temporal en ambos ojos (ver Figura 3) compatible con localización de lesión evaluada al fondo de ojos.

En la ecografía ocular se evidenció aumento del espesor retinocoroideo sectorial en ambos ojos de ecogenicidad media (ver Figura 4).

Al evaluar los resultados de los estudios y correlacionarlos con la clínica oftalmológica se llega al diagnóstico de escleritis posterior bilateral. Se solicita interconsulta con especialista en reumatología junto con estudios de laboratorio completos, el mismo descartó asociaciones sistémicas infecciosas y no infecciosas/autoinmunes.

Por lo tanto, se inicia tratamiento con pulsos de corticoide sistémico a una dosis de 1 gramo/día por 3 días. El paciente presentó mejoría sintomática significativa y continuó con dosis vía oral de corticoide 1mg/kg/día con descenso escalonado.

A las tres semanas de iniciado el cuadro y respectivo tratamiento, se evidencia en examen oftalmológico AVMC 20/20 en ambos ojos, y remisión de los signos al fondo de ojos y OCT (ver Figura 5) correlacionándose con la clínica.

Discusión

La escleritis es la inflamación de la esclera, la misma puede ser de localización anterior (más frecuente) o posterior. Hay cinco formas de clasificar esta entidad: anterior difusa, nodular, necrotizante con o sin inflamación y posterior.

La escleritis posterior es una presentación poco común, representando aproximadamente el 6% de



Figura 1. Retinografía digital de ojo derecho (A) y ojo izquierdo (B) donde se evidencian lesiones parafoveales sobreelevadas bilaterales con pliegues en sector macular.

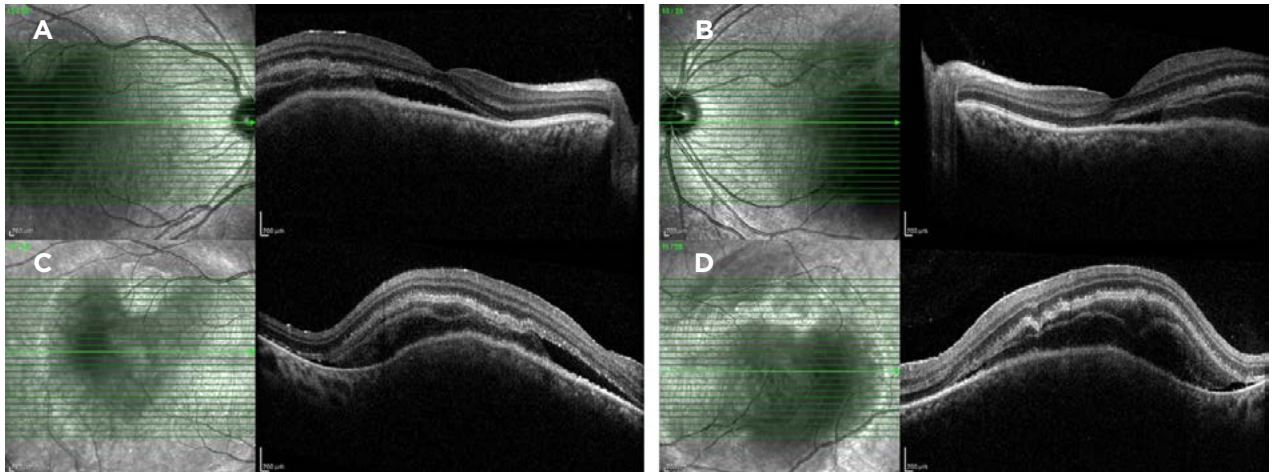


Figura 2. Tomografía de coherencia óptica del sector macular (OCT-Spectralis) de ojo derecho (A y C) y ojo izquierdo (B y D). Se evidencia alteración de línea de perfil anterior, con imagen hiporeactiva por debajo de capas neuroepiteliales compatibles con líquido subretinal en ambos ojos.



Figura 3. Resonancia magnética. A la izquierda en la imagen A se observa secuencia FLAIR previo a la administración de contraste. A la derecha en imagen B, se evidencia secuencia en T1 luego del contraste.

los casos (1). Es una entidad que afecta más a las mujeres de mediana edad. En una serie de casos, se comprobó que la afectación unilateral es más frecuente, siendo la bilateral aproximadamente el 35-44% de los casos (1)(2). La incidencia de esta última suele aumentar cuando se asocia a enfermedades sistémicas como artritis reumatoide (más frecuente) o condiciones autoinmunes como

lupus eritematoso sistémico, poliarteritis nodosa y granulomatosis con poliangeítis (anteriormente conocida como Enfermedad de Wegener).

Dado que es un proceso inflamatorio, la forma más frecuente de presentación es dolor periocular que puede ser severo, irradiarse e incluso despertar al paciente durante la noche. Otros síntomas pueden ser enrojecimiento ocular, alteración de la visión y

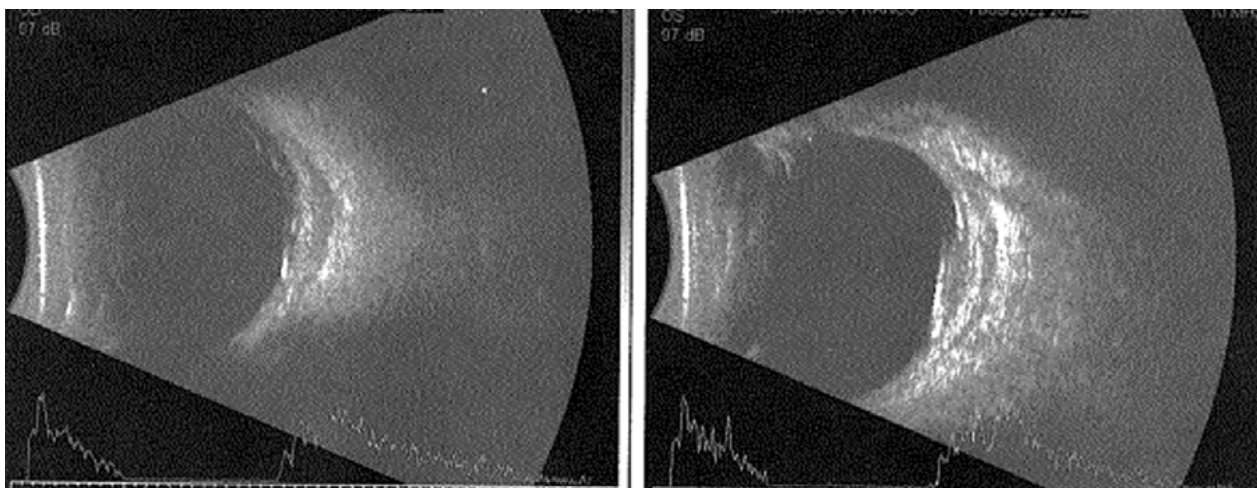


Figura 4. Ecografía modo B y A de ambos ojos. Se evidencia aumento de espesor retino-coroideo con atenuación posterior.

cefaleas, aunque en algunos casos puede ser asintomática (3)(4). En la evaluación del fondo de ojos se puede presentar como una masa circunscripta, estrías retinianas, líquido subretinal, pliegues coroideos, edema discal, desprendimiento macular. Sin embargo, en formas intermedias de la escleritis posterior, estos signos pueden no ser evidentes, llevando a un diagnóstico erróneo y retrasando el tratamiento de la enfermedad.

La inflamación de la esclera puede llevar a la reducción de la permeabilidad del flujo transecleral resultando en la acumulación de líquido en corooides. Además, el engrosamiento de la esclera contribuye a la compresión de las venas vorticosas causando hiperpermeabilidad y congestión de vasculatura coroidea, pudiendo generar un desprendimiento coroideo.

Para el diagnóstico diferencial, es necesario con frecuencia apoyarnos en estudios complementarios como Ecografía Ocular (Gold Standard) (5), EDI-OCT (para una medición precisa del engrosamiento coroideo) y TC o RMN para descartar infección o tumor cuando existe un efecto masa, como fue en nuestro paciente. En la ecografía ocular en modo B se puede observar el "Signo de la T" debido a la presencia de fluidos en espacio subtenoniano, y el engrosamiento de capas oculares posteriores (6). En caso de que la ecografía ocular no arroje resultados concluyentes, se puede recurrir a la RNM que ofrece una excelente resolución

de tejidos, observándose engrosamiento escleral localizado y celulitis periescleral(6).

Es importante tener en cuenta además el diferencial con el síndrome de Vogh-Koyanagi-Harada, sobre todo en aquellos pacientes con desprendimiento macular bilateral, y con coroiditis central serosa en casos de unilateralidad.

En cuanto al tratamiento existen varias opciones según la clasificación de la escleritis y el tipo de inflamación. En la escleritis posterior, al ser una afectación grave con altas posibilidades de recurrencia, secuelas y complicaciones, se recomienda iniciar con corticoesteroides sistémicos a dosis de 1 mg/kg/día, seguida de una disminución gradual. Si hay recurrencias o es refractaria al tratamiento se puede considerar el uso de tratamiento inmunomodulador como Metrotrexato, Azatioprina o Micofenolato. La terapia con pulsos endovenosos (1 g al día durante 3 días, seguido por vía oral en dosis altas) se puede utilizar inicialmente en el contexto de escleritis necrotizante o no necrotizante grave (7)(8).

Conclusión

La escleritis posterior bilateral no es una entidad con alta incidencia, lo cual puede retrasar el diagnóstico, así como así también su tratamiento.

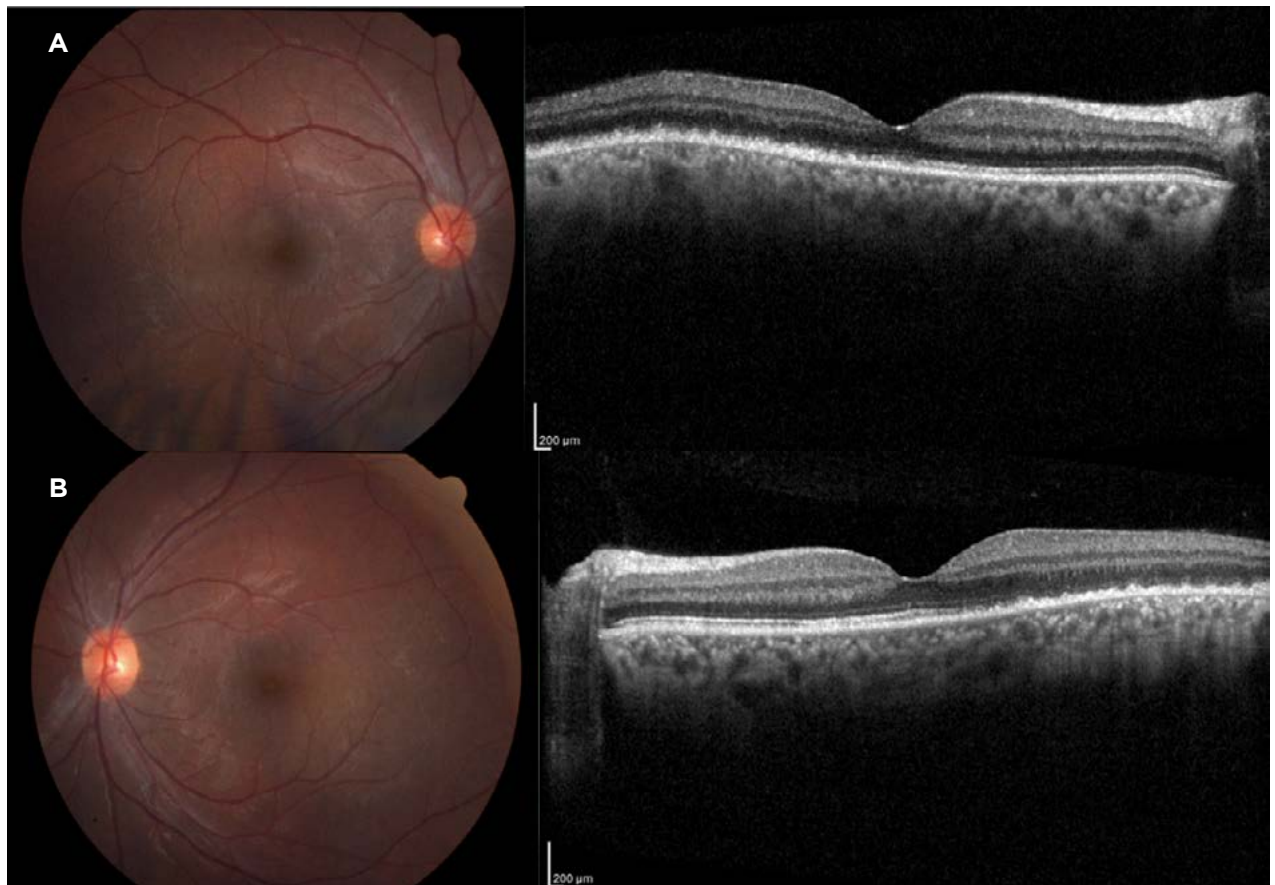


Figura 5. Retinografía digital y OCT de sector macular con corte foveal de ojo derecho (A) y ojo izquierdo (B), 3 semanas luego de iniciado el tratamiento.

Es crucial tenerla presente debido a las posibles complicaciones que puede tener tanto a nivel local como sistémico, dadas sus asociaciones. Además, es importante conocer las diversas formas de presentación para realizar un diagnóstico diferencial preciso con otras condiciones, como procesos tumorales o autoinmunes, y así preservar la funcionalidad ocular.

REFERENCIAS

1. Maite Sainz de la Maza; Nicolás Molina; Luis Alonso González-González; Priyanka P. Doctor; Joseph Tauber; C. Stephen Foster. (2012). *Clinical Characteristics of a Large Cohort of Patients with Scleritis and Episcleritis.* , 119(1), 0-50.
2. Peter J. McCluskey; Peter G. Watson; Susan Lightman; John Haybittle; Marie Restori; Michael Branley. (1999). Pos-

- terior scleritis: Clinical features, systemic associations, and outcome in a large series of patients., 106(12), 0-2386.
3. González-López, Julio J.; Lavric, Alenka; Dutta Majumder, Parthopratim; Bansal, Nishat; Biswas, Jyotirmay; Pavesio, Carlos; Agrawal, Rupesh. (2015). *Bilateral Posterior Scleritis: Analysis of 18 Cases from a Large Cohort of Posterior Scleritis. Ocular Immunology and Inflammation.* (), 1-8.
4. William E. Benson. (1988). *Posterior scleritis.* , 32(5), 297-316.
5. Maleki A, Ruggeri M, Colombo A, Asgari S, Look-Why S, Apoorva S, Foster CS. B-Scan Ultrasonography Findings in Unilateral Posterior Scleritis. *J Curr Ophthalmol.* 2022 Apr 16;34(1):93-99. doi: 10.4103/joco.joco_267_21. PMID: 35620365; PMCID: PMC9128424.
6. Vermeirsch S, Testi I, Pavesio C. Choroidal involvement in non-infectious posterior scleritis. *J Ophthalmic Inflamm Infect.* 2021 Oct 27;11(1):41. doi: 10.1186/s12348-021-00269-9. PMID: 34705127; PMCID: PMC8554953.
7. Douglas A. Jabs; Abdalbaki Mudun; J.P. Dunn; Marta J. Marsh. (2000). *Episcleritis and scleritis: clinical features and treatment results.* , 130(4), 0-476.
8. Díaz JD, Sobol EK, Gritz DC. Treatment and management of scleral disorders. *Surv Ophthalmol.* 2016;61(6):702-717.