



Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la oftalmopatía tiroidea

J.P. Martínez^{*a}, A. Ernaga^b

^aServicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital García Orcoyen. Estella. Navarra. España. ^bServicio de Endocrinología y Nutrición. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

Palabras Clave:

- Oftalmopatía de Graves
- Enfermedad de Graves
- Hipertiroidismo

Keywords:

- Graves' ophthalmopathy
- Graves' disease
- Hyperthyroidism

Resumen

Introducción. La oftalmopatía u orbitopatía de Graves (OG) es la manifestación extratiroidea más frecuente e invalidante de la enfermedad de Graves (EG).

Epidemiología. La prevalencia en la población general está en torno al 0,1-0,3%.

Etiología. El aumento de volumen tanto de la musculatura ocular como del tejido conectivo y adiposo orbitario por proliferación celular, inflamación y depósito de glucosaminoglicanos.

Diagnóstico. El hipertiroidismo y la detección de anticuerpos contra el receptor de TSH (Ac TSH-R) facilitan el diagnóstico. Cuando sea necesario, se usarán técnicas de imagen (ecografía, tomografía computadorizada o resonancia magnética) para confirmarlo. La correcta evaluación de la gravedad y actividad son la base para una adecuada planificación del tratamiento.

Tratamiento. Todos los pacientes se benefician de la restauración del eutiroidismo, la retirada del tabaco y de medidas locales. En la fase activa, el tratamiento médico se basa en el uso de selenio, altas dosis de glucocorticoides o radioterapia orbitaria, ya sea solos o en combinación. Posteriormente, la cirugía (descompresión orbitaria, cirugía de estrabismo y/o cirugía de párpados) puede ser beneficiosa en la fase inactiva de la enfermedad. El manejo debe realizarse a través de un equipo multidisciplinar.

Abstract

Diagnostic and treatment protocol for thyroid ophthalmopathy

Introduction. Graves' ophthalmopathy/orbitopathy (GO) is the most common and invalidating extrathyroidal expression of Graves' disease (GD).

Epidemiology. GO prevalence in the general population is between 0.1 and 0.3%.

Etiology. Increased volume in both the extraocular muscles and retroorbital connective and adipose tissue due to cellular proliferation, inflammation and accumulation of glycosaminoglycans.

Diagnosis. Hyperthyroidism and positive TSH receptor antibodies make the diagnosis straightforward. When needed, complementary imaging techniques (orbital ultrasonography, computerized tomography scan or magnetic resonance imaging) confirm the diagnosis.

Treatment. All subjects with ophthalmopathy should benefit from restoration to the euthyroid state, smoking withdrawal and local therapy. In the active phase of the disease, medical treatment relies on the use of selenium, high dose of systemic glucocorticoids or retro-orbital irradiation, either alone or in combination. Later on, surgery (orbital decompression, squint surgery, and eyelid surgery) could be needed in the inactive phase of the disease. Management requires a multidisciplinary approach.

*Correspondencia

Correo electrónico: jp.martinez.deesteban@cfnavarra.es

Introducción

La presentación clínica de la oftalmopatía u orbitopatía de Graves (OG) es muy variable. La mayor parte de los pacientes con enfermedad de Graves (EG) no presenta OG clínica al diagnóstico ni durante su evolución. Sin embargo, las formas graves de OG pueden amenazar la visión (por neuropatía óptica o por riesgo de perforación corneal) y el impacto en la calidad de vida es muy alto. A pesar de los avances realizados, el conocimiento incompleto de los mecanismos autoinmunes, la baja incidencia y la heterogeneidad en la presentación clínica dificultan el diseño y la evaluación sistematizada de estrategias terapéuticas eficaces¹.

Aproximación diagnóstica

El diagnóstico de OG se facilita al presentarse en la mayoría de los pacientes de modo simultáneo o posterior al diagnóstico de hipertiroidismo por EG. Ante la sospecha se debe realizar la determinación sérica de TSH, tiroxina libre y anticuerpos contra el receptor de TSH (Ac TSH-R). En un pequeño porcentaje de pacientes (10%) no hay evidencia de enfermedad tiroidea en el momento del diagnóstico y hablamos de EG eutiroidea. No obstante, estos pacientes presentan Ac TSH-R positivos. La OG también puede aparecer en pacientes con tiroiditis crónica autoinmune (enfermedad de Hashimoto). En casos dudosos, como cuando existe afectación unilateral o en pacientes eutiroideos, la realización de distintas pruebas de imagen puede ser útil para descartar otras patologías y/o apoyar el diagnóstico. Entre estas destacan la ecografía, la tomografía computadorizada (TC) y la resonancia magnética (RM). La prueba de elección es la TC, por la mejor estandarización de las medidas de volumen, la mejor visualización del hueso y el menor coste comparado con la RM. Es importante no inyectar contraste yodado. En la TC se distingue un aumento de volumen tanto de la musculatura ocular como del tejido conectivo y adiposo orbitario. Este aumento de volumen orbitario produce un desplazamiento del globo ocular en sentido anterior, generando una mayor exposición corneal. Los signos clásicos de la OG son la proptosis y el edema periorbitario. Además destacan otros síntomas como sensación de lagrimeo (que empeora con la exposición al aire frío, viento o estímulos luminosos), dolor ocular o retroorbitario, visión borrosa, diplopía y, en ocasiones, pérdida de visión. La pérdida de nitidez en la percepción de colores puede ser un signo de neuropatía óptica. El tabaquismo y niveles elevados de Ac TSH-R aumentan el riesgo de desarrollar OG.

Evaluación clínica de la actividad y gravedad de la oftalmopatía tiroidea

La correcta evaluación de la actividad y de la gravedad permitirá una adecuada planificación del tratamiento. Debe realizarse en el seno de un equipo multidisciplinar que incluya

el endocrinólogo (o internista) y el oftalmólogo. Una escala ampliamente aceptada para valorar la actividad es la puntuación de actividad clínica o PAC² (tabla 1). Una puntuación inicial igual o mayor de 3 y evolutiva de 4 indica actividad. Otros indicadores propuestos para valorar actividad son: prolongación del tiempo de relajación en T2 en RM, reflejo igual o superior al 40% de la musculatura ocular en modo A de ecografía, aumento de glucosaminoglucanos en plasma u orina y el aumento de captación en octreoscan con Indio-111. Existen varias clasificaciones para evaluar la gravedad de la OG. La escala NOSPECS, recomendada por la ATA (*American Thyroid Association*), la clasificación VISA, recomendada por la ITED (*International Thyroid Eye Disease Society*) con valoración de actividad inflamatoria propia, y la

TABLA 1

Valoración inicial de la actividad clínica y la gravedad de la oftalmopatía tiroidea

Puntuación de actividad clínica (PAC)*

Dolor ocular espontáneo
Dolor ocular con los movimientos oculares
Edema palpebral
Eritema palpebral
Eritema conjuntival
Quemosis (edema conjuntival)
Inflamación de plica o carúncula
Aumento de proptosis en 2 mm
Descenso en la motilidad ocular en cualquier dirección > 8°
Descenso en agudeza equivalente a 1 línea Snellen

Evaluación de la gravedad

Parámetros a evaluar

Apertura palpebral (distancia entre los márgenes del párpado en milímetros con el paciente mirando en posición primaria, sentado relajado y con fijación a distancia)
Inflamación de los párpados (ausente, equívoca, moderada o grave)
Enrojecimiento de los párpados (ausente, presente)
Enrojecimiento de la conjuntiva (ausente, presente)
Edema de la conjuntiva (ausente, presente)
Inflamación de la carúncula o de los pliegues (ausente, presente)
Exoftalmos (medido en milímetros utilizando el mismo exoftalmómetro de Hertel y la misma distancia intercántica para cada paciente individual)
Puntuación subjetiva de la diplopía (0: sin diplopía; 1: intermitente, es decir, diplopía en la posición primaria de la mirada, cuando se está cansado o al despertarse por primera vez; 2: inconstante, es decir, diplopía en posiciones extremas de la mirada; 3: constante, es decir, diplopía continua en posición primaria o leyendo)
Afección del músculo ocular (separación en grados)
Afección corneal (ausente, queratopatía puntiforme, queratopatía ulcerada)
Afección del nervio óptico (agudeza visual con la mejor corrección, visión de color, papila óptica, defecto pupilar aferente relativo -ausente, presente-, más campos visuales si se sospecha compresión del nervio óptico)

EUGOGO clasifica la OT en 3 grandes categorías

OT leve: oftalmopatía con un impacto menor en la vida diaria, insuficiente para justificar el tratamiento inmunosupresor o quirúrgico. Habitualmente tienen uno o más de las siguientes características: retracción palpebral menor 2 mm, afección leve de los tejidos blandos, exoftalmos menor de 3 mm, diplopía transitoria o ausente y exposición corneal sensible a los lubricantes

OT moderada a grave: pacientes con afectación ocular e impacto suficiente en la vida diaria para justificar los riesgos de la inmunosupresión (si está activa) o de la intervención quirúrgica (si está inactiva). Habitualmente tienen uno o más de las siguientes características: retracción palpebral mayor o igual a 2 mm, afección moderada o grave de los tejidos blandos, exoftalmos mayor o igual a 3 mm por encima de lo normal para la raza y el sexo y diplopía

OT con amenaza para la visión: Pacientes con neuropatía óptica distiroidea y/o rotura corneal. Requiere actuación inmediata

*Cada uno de los ítems suma un punto. Inicialmente se valoran 7 ítems y en el seguimiento 10. Si la suma inicial es igual o superior a 3 puntos y la evolutiva a 4 la oftalmopatía tiroidea (OT) se considera activa.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3805047>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3805047>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)