ARCH SOC ESP OFTALMOL. 2017;xxx(xx):XXX–XXX

ARCHIVOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA

www.elsevier.es/oftalmologia

Comunicación corta

Tubérculo coroideo asintomático en un paciente con enfermedad de Crohn en tratamiento con adalimumab

V.M. Asensio-Sánchez, L. Díaz-Cabanas, A. Martín-Prieto y B. Haro-Álvarez*

Servicio de Oftalmología, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 25 de marzo de 2017
Aceptado el 21 de junio de 2017
On-line el xxx

Palabras clave:
Adalimumab
Terapia biológica
Tuberculosis miliar
Tubérculo coroideo
Enfermedad de Crohn

R E S U M E N

Introducción: Adalimumab, un antifactor de necrosis tumoral que se utiliza en la enfermedad de Crohn activa (EC), se asocia con un mayor riesgo de tuberculosis.
Caso clínico: Se describe el caso de un varón de 48 años con EC activa en tratamiento con adalimumab. Después de 3 meses desarrolló una tuberculosis pulmonar miliar, y en un estudio oftalmológico se encontró un tubérculo coroideo no reactivo solitario temporal superior al disco óptico. La angiofluoresceingrafía mostró hiperfluorescencia tardía. Con la tomografía de coherencia óptica se observó una masa plana sin desprendimiento seroso de retina. El tubérculo coroideo regresó lentamente con la terapia antituberculosa.
Discusión: En pacientes con EC y en tratamiento con adalimumab, un tubérculo coroideo puede presentarse sin sintomatología vítreo-retiniana.

© 2017 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Asymptomatic choroidal tubercle in a patient with Crohn's disease on adalimumab treatment

Keywords:
Adalimumab
Biological therapy
Miliary tuberculosis
Choroidal tubercle
Crohn's disease

A B S T R A C T

Introduction: Adalimumab, an anti-tumour necrosis factor alpha therapy for active Crohn's disease (CD), is associated with increased risks of tuberculosis infection.
Case report: The case is presented of a 48 year-old male with active CD on treatment with adalimumab. After three months, he developed a miliary pulmonary tuberculosis infection, with a solitary non-reactive choroidal tubercle temporal-superior to the optic disc being found in an ophthalmological study. Fluorescein angiography showed late

* *Autor para correspondencia.*
Correo electrónico: victor_asensio@orangemail.es (V.M. Asensio-Sánchez).
http://dx.doi.org/10.1016/j.oftal.2017.06.009
0365-6691/© 2017 Sociedad Española de Oftalmología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Asensio-Sánchez VM, et al. Tubérculo coroideo asintomático en un paciente con enfermedad de Crohn en tratamiento con adalimumab. Arch Soc Esp Oftalmol. 2017. http://dx.doi.org/10.1016/j.oftal.2017.06.009

hyperfluorescence in a staining pattern. Optic coherence tomography showed a flat mass without serous retinal detachment. The choroidal tubercle slowly regressed with antituberculosis therapy.

Discussion: Choroidal tubercles with no vitreo-retinal symptomatology can be present in patients with CD and on treatment with adalimumab.

© 2017 Sociedad Española de Oftalmología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad inflamatoria intestinal que puede tener un pronóstico incierto y muy grave[1,2]. La terapia biológica es un tratamiento de primera línea para inducir la remisión en las formas más graves de EC[1,2]. Adalimumab es un anticuerpo monoclonal antifactor de necrosis tumoral α (TNF-α), que al disminuir el efecto del sistema inmune incrementa el riesgo de infecciones como la tuberculosis (TB)[3,4]. A pesar del aumento de la incidencia de TB[5], los tubérculos coroideos son raros y generalmente sintomáticos, excepto en los pacientes inmunodeprimidos[6]. En este artículo se describe el caso poco usual, y de lo que hay poco publicado, de un tubérculo coroideo asintomático en el contexto de una TB pulmonar miliar, en un paciente con EC severa tratado con adalimumab.

Caso clínico

Varón de 48 años con EC ileocecal grave en la que se decide tratamiento con Humira® (adalimumab, AbbVie Bioresearch Center. 100 Research Drive. Worcester, MA 01605, EE. UU.), 40 mg subcutáneo cada 2 semanas, previo cribado para biológicos según la práctica habitual (radiografía de tórax, serología virus hepatitis B y C, virus del herpes simple, virus herpes zóster, citomegalovirus, VIH y Mantoux). Al tercer mes de iniciar el tratamiento ingresa por astenia, pérdida de apetito y fiebre de hasta 39 °C de una semana de evolución, de predominio vespertino. Se solicita estudio de fiebre de origen desconocido que consistió en Mantoux, urocultivos, hemocultivos, radiografía de tórax, serologías virales, Brucella y hemocultivos para micobacterias, así como ecocardiograma para descartar endocarditis. Se consideró que el paciente tenía un riesgo elevado de contraer TBC, por lo que se realizó una prueba de Quantiferón-TB y un Mantoux. La primera fue positiva y la segunda, a las 48 horas, presentó eritema y a las 72 horas induración de 10 mm. La radiografía de tórax mostró un patrón micronodular bilateral, especialmente a nivel hiliar y paratraqueal, todo ello indicativo de TB miliar diseminada (fig. 1). Se retiró el tratamiento anti TNF-α introduciendo azatioprina 2,5 mg/kg/día. Se inició tratamiento de choque antituberculoso con isoniazida 300 mg/día, rifampicina 600 mg/día, pirazinamida 40 mg/kg/día y estreptomicina 15 mg/kg/día durante 4 meses, seguido de isoniazida y rifampicina durante 12 meses más. Una semana después del ingreso, siguiendo el protocolo del servicio de enfermedades infecciosas, se realizó un examen oftalmológico. La agudeza visual fue de 1 en ambos ojos. En el segmento anterior no había inflamación. El fondo de ojo derecho fue normal (fig. 2 A A) El fondo de ojo izquierdo mostró una masa de 2/3 de diámetro de disco, temporal-superior al disco óptico, blanco-amarillenta y de contorno ligeramente irregular pero bien definida (fig. 2 B). No había inflamación, exudación, hemorragia o desprendimiento retiniano asociado. En la angiofluoresceingrafía se observó leve fluorescencia precoz con moderada-intensa hiperfluorescencia tardía (fig. 2 C). La tomografía de coherencia óptica no mostró elevación de la masa ni asociación con desprendimiento seroso de retina; el estado de la coroides no se visualiza en la imagen, porque no salió completa ante la falta de colaboración del paciente (fig. 2 D). El diagnóstico diferencial incluyó sífilis, toxoplasmosis, sarcoidosis, brucelosis, hemangioma coroideo, metástasis y melanoma amelanótico. Los niveles de enzima convertidora de la angiotensina fueron normales. También los estudios serológicos para VIH, sífilis, toxoplasma y brucelosis fueron negativos. La ecografía ocular no mostró alteraciones. Después de 6 meses se observó una

Figura 1 – Radiografía de tórax con patrón micronodular o miliar: se observan nódulos redondeados de pequeño tamaño, con bordes netos y distribuidos difusamente en ambos campos pulmonares, 3 meses después de iniciar terapia con adalimumab.

Cómo citar este artículo: Asensio-Sánchez VM, et al. Tubérculo coroideo asintomático en un paciente con enfermedad de Crohn en tratamiento con adalimumab. Arch Soc Esp Oftalmol. 2017. http://dx.doi.org/10.1016/j.oftal.2017.06.009

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/8791252

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/8791252

Daneshyari.com