



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2778 - Hipertensión ocular (HTO) como síndrome de mascarada de cáncer de pulmón

F. Barceló Otalora^a, R. Yuste Ballesta^b, L. Sambrana Iglesias^c, F. Alcázar Manzanera^d, S. Martínez Pagán^a y L. Simón Sánchez^e

^aMédico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palmar. Murcia. ^bMédico Residente de 4º año de Oftalmología. HCUV de la Arrixaca. Murcia. ^cMédico residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcantarilla. Murcia. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Ñora. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 60 años que acude a su centro de salud refiriendo un cuadro inespecífico de molestias oculares, ojo rojo episódico y pérdida de visión transitoria por ambos ojos de 15 días de evolución. Antecedentes personales: contraindicación de fármacos ototóxicos, episodios de uveítis anterior e hipotiroidismo. Negaba traumatismo o presencia de secreciones. La exploración fue normal, por lo que se le pauta colirio de ciprofloxacino y dexametasona por sospecha de cuadro de conjuntivitis y se le recomendó acudir a una óptica para valoración de su presión intraocular (PIO). En la óptica se evidenció HTO de ojo derecho (OD), por lo que consultó por urgencias de oftalmología donde fue diagnosticado de uveítis hipertensiva de OD. Se le pautó tratamiento corticoideo y anti-HTO tópico. Durante su seguimiento presentó un cuadro de uveítis cortico-dependiente refractaria de difícil control, con múltiples reconsultas por urgencias a pesar del tratamiento, tornándose bilateral y evolucionando hacia la cronicidad. Finalmente se solicitó estudio de extensión con interconsultas a reumatología y neumología revelándose como causa la presencia de un adenocarcinoma de pulmón en fase metastásica. El paciente se ingresa a cargo de oncología. Durante el ingreso se halla la presencia de metástasis óseas y de un nódulo finalmente diagnosticado como carcinoma papilar de tiroides. Tras la quimioterapia el cuadro de uveítis mejoró parcialmente. El paciente se encuentra en revisiones periódicas.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración oftalmológica (primera visita): agudeza visual: 1 ambos ojos (AO), PIO OD: 40 mmHg. Ojo izquierdo (OI): 16. Biomicroscopia (BMC): OD: Hiperemia conjuntival periquerática leve, Tyndall (+/+), precipitados retroqueráticos; OI: Polo anterior normal. Fondo de ojo: AO: Sin interés. Exploración oftalmológica (evolución): PIO OD 52 mmHg, BMC OD: Rubeosis iris, huso krukenberg, acúmulo de pigmento en ángulo irido-corneal. Resto igual. Laboratorio: ANA, HLA b27 negativos, Ac antitiroglobulina < 100, Ac antiperoxidasa 402. Rx tórax: Infiltrado intersticial bilateral, consolidación en segmento apico-posterior de lóbulo superior izquierdo. TAC tórax: patrón en empedrado. RNM: metástasis óseas, lesión pulmonar RNM sacroilíaca: múltiples lesiones sugestivas de metástasis.

Juicio clínico: Síndrome de mascarada por adenocarcinoma de pulmón estadio IV.

Diagnóstico diferencial: Síndrome Possner Schlossman, Fuchs, glaucoma pigmentario, queratouveítis herpética, glaucoma agudo de ángulo abierto, síndrome de dispersión pigmentaria.

Comentario final: El síndrome de mascarada es un cuadro paraneoplásico oftalmológico. La presencia de ciertos antígenos producidos por el tumor generan inflamación del polo anterior del ojo, con la consiguiente uveítis. La HTO es provocada por la obstrucción e inflamación del trabéculum por las células inflamatorias. La presencia de una uveítis cortico-dependiente, asociada a trabeculitis e HTO debería hacernos sospechar por un proceso maligno. La actitud en este caso por nuestra parte, consistió en realizar una cobertura terapéutica y de manejo general, para cubrir el mayor número posible de entidades que pudieran ser causantes del cuadro inespecífico que presentaba.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rothova A, Suttorp-van Schulten MS, Frits Tretters W, Kijlstra A. Causes and frequency of blindness in patients with intraocular inflammatory disease. *Br J Ophthalmol.* 1996;80:332-6.
2. Wakabayashi T, Morimura Y, Miyamoto Y, Okada AA. Changing patterns of intraocular inflammatory disease in Japan. *Ocul Immunol Inflamm.* 2003;11:277-86.