

Oftalmopatía de Graves, tratamiento del exoftalmos bilateral.

Juan J. Serrano C.¹, Edgar Serrano², Diego Palacios³.

RESUMEN

1 Odontólogo. Córpor Clínica, Cuenca - Ecuador.

2 Doctor en Medicina, Especialista en Cirugía de Cabeza y Cuello. Córpor Clínica, Cuenca - Ecuador.

3 Odontólogo, especialista en cirugía oral y maxilofacial. Córpor Clínica, Cuenca - Ecuador.

Correspondencia:

Nombre: Juan José Serrano Cisneros

Correo electrónico: juanj.serrano@me.com

Dirección: Córpor Clínica -

Cuenca, Ecuador

Código postal: 010107

Teléfono: (593) 7-409-0044

Fecha de recepción:

24-09-2018

Fecha de aceptación:

30-11-2018

Fecha de publicación:

28 diciembre 2018

Membrete bibliográfico

Oftalmopatía de Graves, tratamiento del exoftalmos bilateral. Cuenca-Ecuador. Rev. Médica Ateneo 2018; 20 (2): 179- 185.

Introducción. La enfermedad de Graves es un desorden autoinmune que estimula la tiroides. Su síntoma extratiroidal más frecuente e importante es la oftalmopatía de Graves, la cuál se presenta con retracción del párpado superior, proptosis, quemosis, edema periorbital, sensación molesta en el ojo, dolor o presión retrobulbar, motilidad ocular alterada, demora en el cierre palpebral.

Caso clínico. Paciente de 49 años de edad que acude a la clínica por problema de oftalmopatía de Graves con una evolución de 5 años. El tratamiento de elección es la descompresión orbitaria endoscópica.

Discusión. El procedimiento quirúrgico se realizó siguiendo las mismas guías de otros casos reportados, lo que resulta en una reducción de la proptosis entre 3,2 y 4,7 mm. La complicación postoperatorio más común es la diplopia; presente en 15 - 63% de los pacientes.

Conclusiones. La descompresión orbitaria quirúrgica es un tratamiento con excelentes resultados, aliviando la sensación de dolor y presión en el paciente, y resolviendo también sus problemas estéticos.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD DE GRAVES, OFTALMOPATÍA DE GRAVES, EXOFTALMOS, DESCOMPRESIÓN ORBITAL ENDOSCÓPICA.

ABSTRACT

Introduction. Graves Disease is an autoimmune disorder that stimulates the thyroid gland. It's most frequent and important symptom is Graves Ophthalmopathy, which is present with upper eye lid retraction, proptosis, chemosis, periorbital edema, bothersome sensation in the eyes, pain or pressure, altered ocular motility, delay in eye lid closure.

Case report. 49 year old patient comes to the clinic with a 5 year history of Graves ophthalmopathy. Endoscopic orbital decompression is the treatment of choice.

Discussion. The surgical procedure was performed following the same guidelines as other reported cases, which results in a reduction of 3.2 - 4.7 mm of eye proptosis. The most common postoperative complication is diplopia, present in 15 - 63% of patients.

Conclusions. Surgical orbital decompression is a treatment with excellent results, relieving the feeling of pressure and pain in the patient, and resolving their aesthetic problems.

KEY WORDS: GRAVES DISEASE, GRAVES OFTHALMOPATHY, EXOPHTHALMOS, ENDOSCOPIC ORBITAL DECOMPRESSION.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Graves (EG) fue descrita por primera vez en 1835 por Robert Graves. Es un desorden autoimmune caracterizado por la producción de inmunoglobulinas tipo IgG, las cuales estimulan el receptor de la hormona que estimula la tiroides.¹ Estos anticuerpos estimulantes de la glándula tiroides causan hipersecreción tiroidea, así como también hiperplasia e hipertrofia de los folículos tiroideos.² La EG presenta una prevalencia del 0,5 - 2%, aproximadamente 3% de mujeres y 0,5% de hombres la presentan en su vida.³ La incidencia anual en mujeres es de 0,5 por 1000, con una edad de comienzo entre los 30 a 60 años. La relación mujer/hombre es de 8/1.^{1,3} Los síntomas generales de la EG incluyen palpitaciones, temblores, intolerancia al calor, pérdida de peso y ansiedad. Los síntomas físicos incluyen taquicardia, proptosis y agrandamiento tiroideo.^{3,4}

La orbitopatía de Graves (OG) representa el síntoma extratiroidal más frecuente e importante de la EG. Se presenta en 25 - 50% de los pacientes con EG, de los cuales 3 - 5% evolucionan a formas severas que afectan de forma significativa la calidad de vida del paciente.^{3,5,6} Esta condición se presenta de forma bilateral en 85 - 90% de casos.⁷ Clínicamente la OG se manifiesta con retracción del párpado superior, proptosis, quemosis, edema periorbital, sensación molesta en el ojo, dolor o presión retrobulbar, motilidad ocular alterada, demora en el cierre palpebral.^{1,8} Entre las manifestaciones clínicas de las condiciones severas de la OG se presenta la queratopatía por exposición, diplopia, y compresión del nervio óptico, lo que puede llevar a pérdida de visión.⁹ Un estudio evaluó la calidad de vida en pacientes con OG severa y demostró valores bajos en las categorías de funcionalidad física, funcionalidad social, salud mental, percepción de salud y dolor.¹⁰

La OG se caracteriza por edema e inflamación de los músculos extraoculares y un incremento en el tejido conectivo y graso orbitario, lo cual incrementa el volumen intraorbitario.³ La patogénesis se relaciona a la activación de los linfocitos T (CD4+ en su mayoría) los cuales invaden la órbita y liberan citoquinas, usualmente como respuesta a la presencia de anticuerpos circulantes que se unen y estimulan al receptor de la hormona tiroidea. Estas citoquinas actúan de manera parácrina e inducen la activación de fibroblastos debido a un aumento en la producción de glu-

cosaminoglucanos en el tejido ocular.⁵ La acción hidrofílica de los glucosaminoglucanos causa el edema. La inflamación se debe a la infiltración de linfocitos y macrófagos en los músculos extraoculares y el tejido conectivo orbitario. Todo esto conlleva a un aumento del volumen en el tejido retrobulbar, el cual es el responsable de las manifestaciones clínicas de la oftalmopatía.²

CASO CLÍNICO

Paciente de 49 años de edad que acude a la clínica por problema de oftalmopatía de Graves con una evolución de 5 años. La paciente describe molestia, dolor, y sensación de presión en los ojos, así como también problemas estéticos; no presentaba afectación visual. Se planifica una descompresión orbitaria endoscópica para aliviar los síntomas de la paciente y mejorar su apariencia estética (Fig. 1,2).

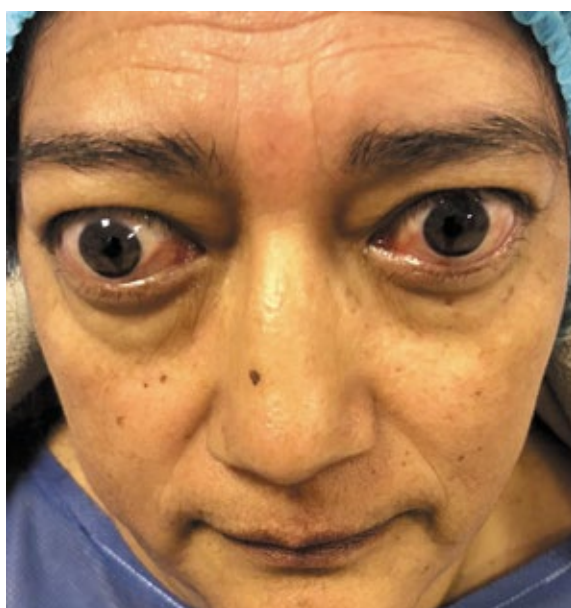


Figura 1



Figura 2

La cirugía se realizó como está descrita en la bibliografía.^{11,12} Se realizaron inyecciones de lidocaína al 1% con epinefrina 1:100.000 en la pared nasal lateral. Mediante visualización endoscópica, se realiza la uncinectomía y la esfoetmoidectomía, llegando de esta forma a la pared medial de la órbita. La pared medial es delgada por lo que debe ser retirada con cuidado. Se utilizó una cureta y un sacabocados para la remoción ósea, exponiendo la fascia periorbital subyacente (Fig. 3). La remoción ósea continúa superiormente hacia el techo etmoidal, posteriormente hacia la cara del esfenoides, inferiormente hacia el piso orbitario y anteriormente hacia la línea maxilar. Una vez terminada la osteotomía, la periorbita se expone en su totalidad, mediante el uso de un bisturí realizamos un corte en la fascia permitiendo el prolapso de la grasa periorbitaria (Fig. 4).

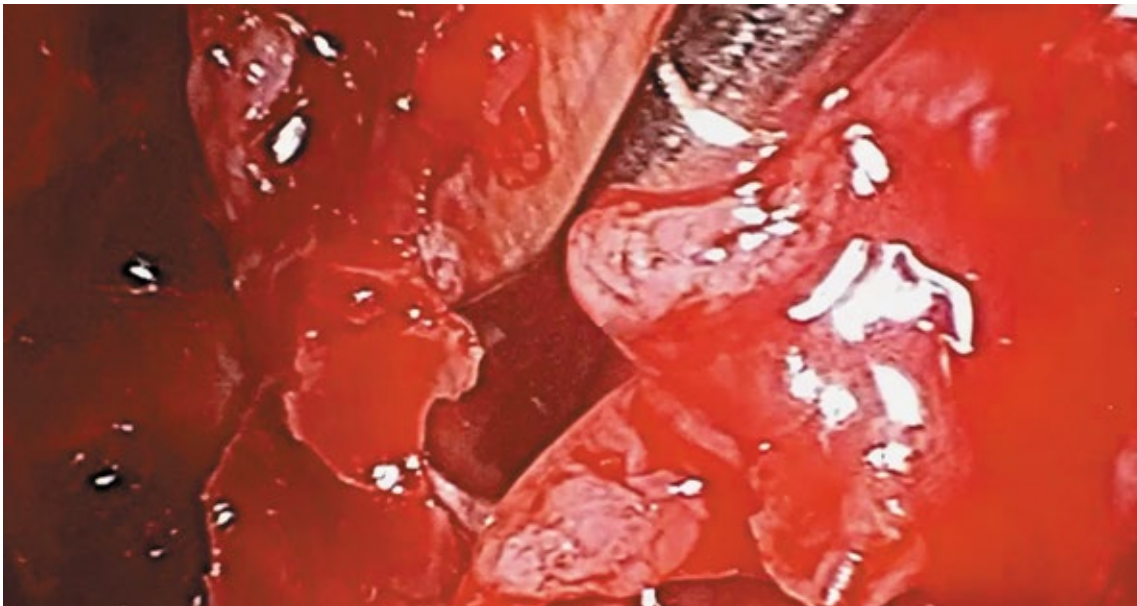


Figura 3

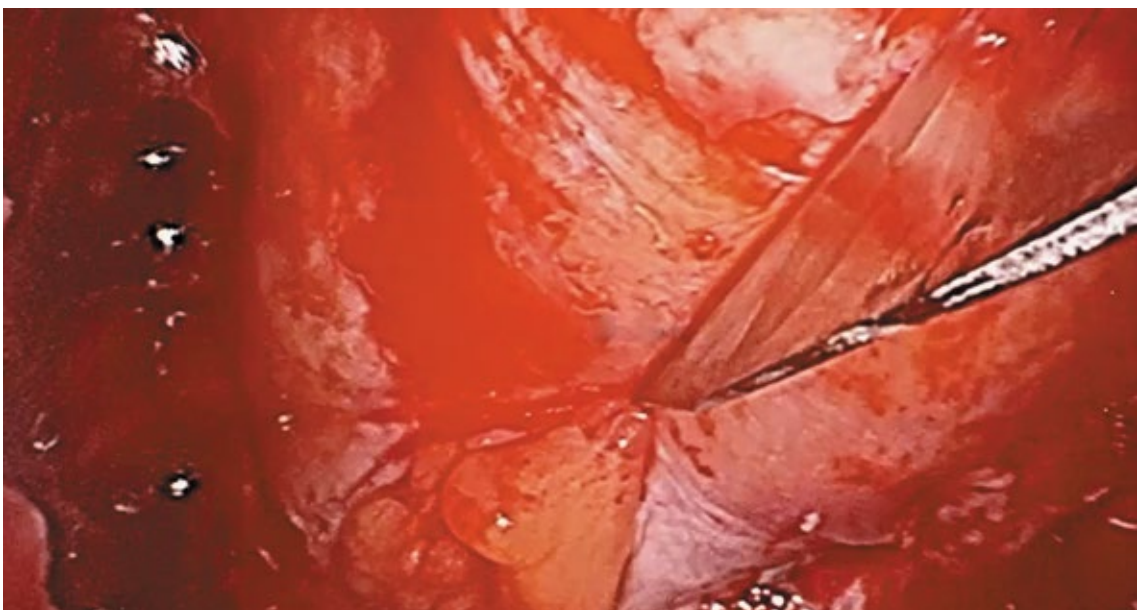


Figura 4

Los resultados fueron exitosos y la paciente se mostró satisfecha con los mismos (Fig. 5,6). Se le indicó los cuidados y problemas que pudiera presentar, como por ejemplo la aparición de diplopia hasta 6 meses posterior al procedimiento.



Figura 5



Figura 6

DISCUSIÓN

Entre los tratamientos no quirúrgicos para el manejo de esta enfermedad tenemos: corticoesteroides orales o intravenosos, radioterapia, bloqueantes beta-adrenérgicos, terapia con medicamentos antitiroideos.^{4,9,13,14} La terapia quirúrgica fue el tratamiento de elección debido a los síntomas que presentaba la paciente, así como su afección estética.

El procedimiento quirúrgico se realizó siguiendo las mismas guías de otros casos reportados, lo que resulta en una reducción de la proptosis entre 3,2 y 4,7 mm.^{11,12} La técnica utilizada presentó resultados deseados, pero una descompresión orbitaria que involucre la pared lateral, permite una reducción adicional de 2,4 mm de la proptosis.^{3,12}

La paciente fue informada sobre los cuidados postoperatorios a tener, así como también sobre los problemas que pudieran presentarse. El más común entre ellos es la diplopia (presente en 15 - 63% de los pacientes), la cuál puede tomar varias semanas en desaparecer.^{3,11} Las complicaciones sinusales tiene una prevalencia baja de 5,8%, demostrado en el trabajo de Antisdell et al., donde encontraron hemorragia postoperatoria (1,2%), adhesiones nasales que requieran tratamiento (1,2%) y sinusitis postoperatoria (3,5%).¹⁵

CONCLUSIONES

La descompresión orbitaria quirúrgica es un tratamiento con excelentes resultados, aliviando la sensación de dolor y presión en el paciente. El uso del endoscopio para el procedimiento permite una excelente visualización de ápice orbitario, canal óptico y base de cráneo sin la necesidad de incisiones faciales o intraorales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Young, P., Finn, B. C., & Bruetman, J. E. La enfermedad de Graves, signos y síntomas. *Anales de Medicina Interna*. 2007; 24 No 10, 505-508.
2. Weetman, A. Graves' Disease. *New England Journal Of Medicine*. 2000; 343 No 17, 1236-1248.
3. Spalthoff, S., Jehn, P., Zimmerer, R., Rana, M., Gellrich, N., & Dittmann, J. Modified lateral orbital wall decompression in Graves' orbitopathy using computer-assisted planning. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2018; 47 No 2, 167-174.
4. Burch, H. B., & Cooper, D. S. Management of Graves Disease. *JAMA*. 2015; 314 No 23, 2544.
5. San Miguel, I., Arenas, M., Carmona, R., Rutllan, J., Medina-Rivero, F., & Lara, P. Review of the treatment of Graves' ophthalmopathy: The role of the new radiation techniques. *Saudi Journal of Ophthalmology*. 2018; 32 No 2, 139-145.
6. Lin, T. Y., Li, N., Yeh, M. W., Leung, A. M., & Rootman, D. B. Prognostic indicators for the development of strabismus among patients with graves' ophthalmopathy. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*. 2017; 9, 38-40.
7. Clauser, L. C., Galiè, M., Tieghi, R., & Carinci, F. Endocrine orbitopathy: 11 years retrospective study and review of 102 patients & 196 orbits. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 2012; 40 No 2, 134-141.
8. Lee, J. K. S., Hsieh, C., Wei, Y., & Liao, S. The impact of orbital bony or fat decompression on the outcome of strabismus surgery in patients with Graves' ophthalmopathy. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2018; (en prensa).
9. Stiebel-Kalish, H., Robenshtok, E., Hasanreisoglu, M., Ezrachi, D., Shimon, I., & Leibovici, L. Treatment Modalities for Graves' Ophthalmopathy: Systematic Review and Metaanalysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2009; 94 No 8, 2708-2716.

10. Gerding, M., Terwee, C., Dekker, F., Koornneef, L., Prummel, M., & Wiersinga, W. Quality of Life in Patients with Graves' Ophthalmopathy is Markedly Decreased: Measurement by the Medical Outcomes Study Instrument. *Thyroid*. 1997; 7 No 6, 885–889.
11. Ting, J. Y., & Sindwani, R. Endoscopic orbital decompression. *Operative Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2014; 25 No 2, 213–217.
12. Metson, R., Dallow, R. L., & Shore, J. W. Endoscopic Orbital Decompression. *The Laryngoscope*. 1994; 104 No 8, 950–957.
13. Wakelkamp, I. M. M. J., Baldeschi, L., Saeed, P., Mourits, M. P., Prummel, M. F., & Wiersinga, W. M. Surgical or medical decompression as a first-line treatment of optic neuropathy in Graves' ophthalmopathy? A randomized controlled trial. *Clinical Endocrinology*. 2005; 63 No 3, 323–328.
14. Marcocci, C., & Marinò, M. Treatment of mild, moderate-to-severe and very severe Graves' orbitopathy. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2012; 26 No 3, 325–337.
15. Antisdell, J. L., Gumber, D., Holmes, J., & Sindwani, R. Management of sinonasal complications after endoscopic orbital decompression for Graves' orbitopathy. *The Laryngoscope*. 2013; 123 No 9, 2094–2098.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Serrano C. Juan José, Clavijo J. Cristina: Recolección de datos, revisión bibliográfica y escritura del manuscrito; Pineda A. David: realizó el análisis crítico del artículo.

INFORMACION DE LOS AUTORES

Serrano C. Juan José, Odontólogo. Clínica Corpore

Clavijo J. Cristina, Odontólogo. Clínica Corpore

Pineda A. David, Cirujano Maxilofacial en Clínica Latinoamericana, Profesor Facultad de Odontología Universidad de Cuenca.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los autores cuentan con el consentimiento informado respectivo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no reportan conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Fausto Arízaga por su ayuda con la muestra de radiografías usadas en el estudio.

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Oftalmopatía de Graves, tratamiento del exoftalmos bilateral. Cuenca-Ecuador. *Rev. Médica Ateneo* 2018; 20 (2): 179–185 Artículo acceso abierto, 2018.