

OSTEOMA COROIDEO PRIMERA COMUNICACION EN COLOMBIA

DR. ALVARO RODRIGUEZ-GONZALEZ¹
Bogotá, Colombia

DRA. MERCEDES MOLINA
Medellín, Colombia

ABSTRACTO

Se presenta un caso de osteoma coroideo izquierdo que se diferencia de otros: a) por la edad de 52 años en esta mujer sana; b) por carencia de relación del osteoma con la papila óptica y una fovea intacta con 20/20 de visión. También se sospecha la evolución de una membrana neovascular que no se ha tratado con fotocoagulación a causa de las características de la lesión.

ABSTRACT

A case of choroidal osteoma in the left eye of a woman with two special characteristics: a) age of 52 years; b) absence of relationship between the osteoma and the optic disc. A secondary choroidal neovascular membrane is suspected in the osteoma but has not been photocoagulated because of the special characteristics of this case.

El hallazgo de tejido óseo no es raro en ojos invidentes recibidos en laboratorios de patología, en particular luego de hemorragia, inflamación y en ojos ptísicos. Sin embargo, son Gass, Guerry y Jack¹ quienes en 1978 hacen la primera descripción clínica de la entidad en cuatro pacientes y en publicación

1. Fundación Oftalmológica Nacional, Bogotá, Colombia.

2. Servicio de Oftalmología del Hospital San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia.

ulterior el mismo Gass², añade 19 ojos de 15 pacientes. Desde entonces aparecen comunicaciones adicionales en la literatura mundial^{3, 8} que informan casos a la temprana edad de 6 años, su aparición tardía en un ojo antes sano, su asociación con enfermedad fatal o su vínculo con membranas neovasculares coroideas como en las comunicaciones de Burke y Brockhurst¹¹ y Grand y colaboradores¹².

Generalmente los osteomas coroideos aparecen entre 13 y 35 años de edad, aunque existen casos a los 6 años y el que presentamos de 52 años. La mayoría (90%) aparece en mujeres sanas. La bilateralidad es del 20%. La lesión es de color amarillo blanquecino, como masa plana amelanótica coroidea, localizada en polo posterior, yuxtapapilar o circumpapilar, aunque en nuestro caso la lesión no posee relación alguna con el nervio óptico. La lesión es geográfica, de contorno definido, aunque sin límites precisos. A pesar de que la mácula esté invadida por el osteoma, la visión central puede ser de 20/20, pero puede afectarse severamente por desprendimiento retiniano o membrana neovascular. Ocasionalmente se acompaña de reacción uveal y vitreitis.

En general los osteomas coroideos no crecen; sin embargo, se citan casos de crecimiento comprobado y de cambios durante el embarazo. Gass ha observado casos de regresión espontánea con TAC que se hace negativo. Pueden ser tumores múltiples y coalescentes. Para algunos se trata de coristomas óseos coroideos. Para Gass no son coristomas sino tumores adquiridos frente a estímulo desconocido. Se habla de previo trauma, Harada, inflamación intraocular u orbitaria, desprendimiento de retina, etc. La histopatología indica la presencia de hueso maduro. Existe un caso familiar, madre e hija, citado por Cunha¹³ que obliga a considerar un factor hereditario en la etiología.

Transmiten la luz en forma de lagunas relucientes en luz transmitida escleral. La prueba del P32 es positiva en ellos. La superficie retiniana del osteoma puede mostrar redes vasculares finas. Profundamente pueden dar hemorragias coroideas, desprendimiento severo del epitelio sensorial retiniano y membranas neovasculares coroideas, maculares o periféricas, sobre el tumor o alejado de él y que pueden ser tratadas con fotocoagulación con laser de argón verde o kriptón rojo^{11, 12}, aunque pueden presentarse recidivas con este tratamiento¹². Además de la fluoresceinografía, el test de Amsler ayuda en el diagnóstico precoz de las membranas neovasculares coroideas.

Otros procedimientos que ayudan son:

- a) Angiografía fluoresceínica con hiperfluorescencias puntiformes debido a los canales vasculares propios de la osificación con una relativamente

OSTEOMA COROIDEO

intacta coriocapilar. Tardíamente aparece una hiperfluorescencia en parches progresiva, que cubre la lesión por entero y persiste por teñido del tejido. Sin embargo, Coston y Wilkinson⁵ anotan casos con alteración mínima del epitelio pigmentario.

- b) La ultrasonografía indica la presencia de una lesión irregular sólida, altamente reflectiva, con amplios ecos y marcada sombra acústica por la densidad ósea.
- c) La escanografía con contraste demuestra lesión de alta densidad en la pared posterior con un coeficiente de absorción casi igual a la del hueso.

Las radiografías habituales de órbita no logran captar la imagen del osteoma.

Escuelas japonesas¹⁴ investigan la actividad del epitelio pigmentario en estas y otras lesiones coroideas por la susceptibilidad de los potenciales a respuestas de hiperosmolaridad y respuestas al Diamox.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con las siguientes entidades:

1. Degeneración senil macular disciforme exudativa.
2. Melanoma maligno amelanótico de la coroides.
3. Carcinomas metastásicos de la coroides.
4. Hemangioma cavernoso de la coroides.
5. Escleritis posterior.
6. Hipertrofia hipopigmentada del epitelio pigmentario.
7. Nevus amelanóticos.
8. Melanocitomas del nervio óptico.
9. Osteomas coroideos metastásicos en hiperparatiroidismo¹⁰.

COMUNICACION DE UN CASO

Se trata de una mujer de 52 años, quien en diciembre 12 de 1984 asiste a mi consulta, referida desde Medellín, por causa de neovascularización de una

cicatriz retinocoroidea del ojo izquierdo y para posible fotocoagulación con laser de argón verde.

Hace 5 años le fue hallada en otro centro la cicatriz coriorretiniana y con un test de inmunofluorescencia para toxoplasmosis de 1:128. Al parecer hubo una reacción alérgica a la prueba de fluoresceinografía retiniana. Hace 3 meses aparecieron fotopsias y distorsión de la imagen en el ojo izquierdo que determinaron el motivo de la consulta en Medellín, durante el cual fue hallada la cicatriz coriorretiniana con fenómenos hemorrágicos focales.

Sus antecedentes familiares indicaron diabetes en una abuela, catarata en un abuelo, glaucoma en un hermano, pterigios en varios familiares, estrabismo en hermana y su nieta. Existen antecedentes de cáncer en varios hermanos y en tíos. La paciente tiene once hermanos.

Como antecedentes personales se hallaron la extracción de una "verruca" en 1981 en el párpado inferior izquierdo; una tumoración sebácea en la zona derecha del cuello, hipertensión arterial, gastritis y cuatro abortos.

El examen ocular practicado en diciembre 12 de 1984 reveló:

Agudeza visual: OD = 20 / 15 — OI = 20 / 15.

Refracción: OD = + 2.00 — 0.25 x 70 — OI = + 2.00 — 0.25 x 95.
+ 2.50 esf add: 0.50 M ODI.

Examen sensorial y motor: exoforia ligera; TIO = 11 ODI.

Biomicroscopia: pterigios internos incipientes. Esclerosis nuclear incipiente. Vitreos normales.

Oftalmoscopia: lesión ovoide coroidorretiniana, decolorada blancoamarillenta, de tres diámetros papilares de diámetro, plana, de contorno definido, aunque no nitido, localizada en vecindad de la fovea y que se extiende entre ella, la papila óptica y rebasa ligeramente la arcada vascular superotemporal. La papila óptica con una excavación de 0.4 es normal y la lesión no posee relación alguna con la papila (figuras 1 y 2).

El examen biomicroscópico con lente de contacto revela que la lesión es profunda corioidea, cubierta de una capa superficial de aspecto gliótico, con fina red vascular superficial en la retina. Además, existe una ligera contracción de la

OSTEOMA COROIDEO

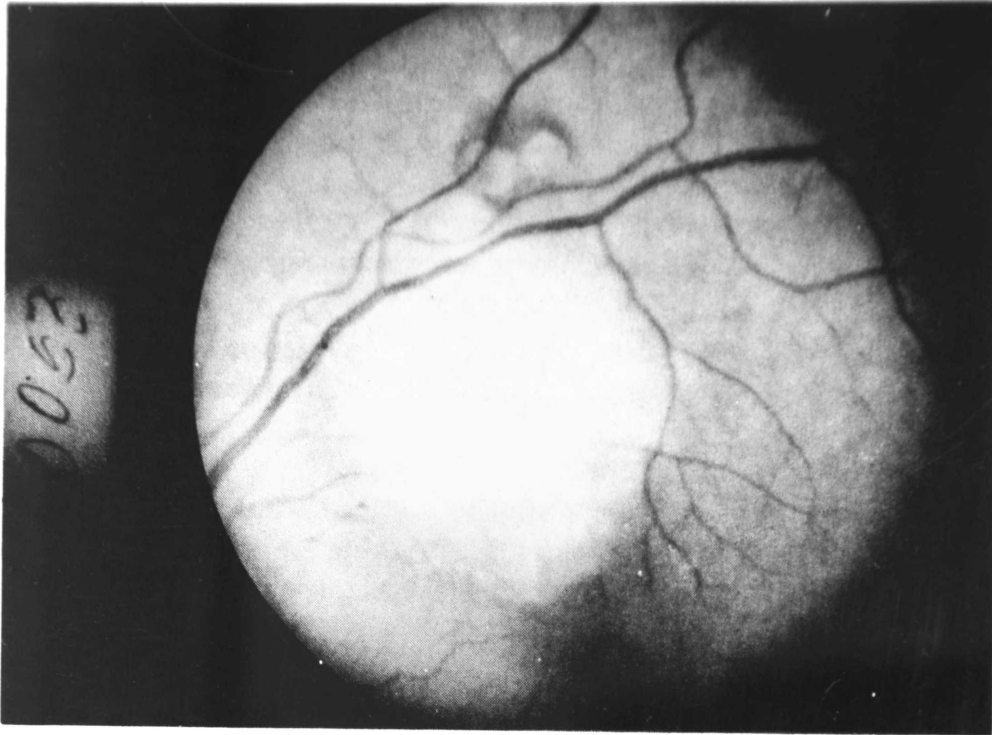


FIGURA 1
Autofluorescencia.

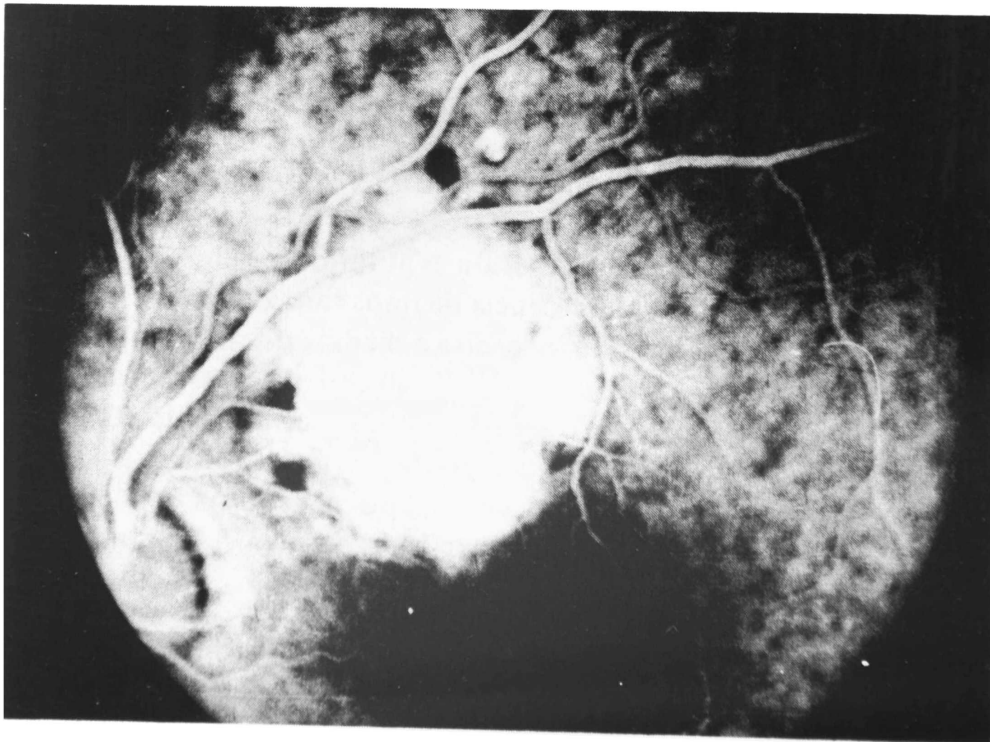


FIGURA 2
Fluoresceinografía.

membrana limitante interna. En localización más profunda se hallan hemorragias, en particular hacia el reborde inferior de la lesión. La lesión rebasa la arcada superotemporal bajo forma de lesiones pequeñas redondeadas. El examen de la periferia retiniana muestra en la región inferior una zona de retinoschisis senil localizada. El OD es normal, excepto por zona de retinoschisis senil inferior. El campo visual es normal en OD. En OI existe un aumento de la mancha ciega que se une a un escotoma inferior cerca al punto de fijación.

Test de Amsler: zona de alteración en OI región inferior. El diagnóstico de sospecha fue el de un osteoma coroideo. Los exámenes de investigación revelaron:

Ecografía OI: a nivel del polo posterior e inmediatamente temporal y por encima de la papila óptica, se observa una estructura hiperreflectiva, no móvil y de aspecto sólido que produce sombra acústica posterior. Dicha estructura compromete el tejido retiniano y la zona subyacente a esta.

Escanografía: examen realizado con secuencias simples y luego con medio de contraste endovenoso en direcciones axil y sagital. El estudio es demostrativo de la presencia de un depósito denso y solitario, situado en el polo posterior del globo ocular izquierdo y un poco por fuera y arriba de la porción inicial aparente del nervio óptico. Por su densidad da la idea de ser calcificado.

Laboratorio: anticuerpo antitoxoplasma IgG = negativos.

Fotos a color de fondo: ratifican lo descrito en la oftalmoscopia.

Fluoroangiografía retiniana OI: la lesión es autofluorescente. En fase arterial temprana se observa la hiperfluorescencia de finos canales vasculares dentro de la lesión que aumentan la hiperfluorescencia a medida que transcurre el estudio hasta que se llena toda la lesión y tiñe el tejido. La hiperfluorescencia persiste en fases tardías. También se observan áreas hipofluorescentes en la periferia de la lesión, quizá correspondientes a bloqueo por hemorragias focales. En el reborde superior, por fuera de la arcada, se ve una placa pequeña redonda, que es hipofluorescente en fase precoz e hiperfluorescente en fase tardía y que corresponde a una lesión en el epitelio pigmentario. Es difícil descartar la evolución de una membrana neovascular coroidea.

En febrero 6 de 1985 la visión se mantiene igual en OI; la tensión ocular es 12. La hemorragia profunda parece haber aumentado en el área de la placa, y en particular en focos vecinos al reborde superior de la lesión. La paciente rehusó

OSTEOMA COROIDEO

inicialmente efectuar la electrofisiología y la calcemia; más tarde esta se halló dentro de límites normales.

DISCUSION

Por el aspecto clínico y por los hallazgos de las pruebas anciliares, este caso sin duda se trata de un osteoma coroideo, aunque con dos facetas que vale la pena recalcar, pues se apartan de lo característico:

- a) La lesión no tiene relación con la papila óptica.
- b) La edad de la mujer, 52 años.

La lesión no es una placa de toxoplasmosis, a pesar del laboratorio positivo.

La lesión extrafoveal parece estar desarrollando una membrana neovascular, en la cual podría estar indicada la fotocoagulación. Sin embargo, carecemos del rayo laser kryptón rojo y el empleo del argón verde podría alterar la limitante interna y la presencia de fina red vascular superficial. De otra parte, la excelente visión de 20/20, la falta de consentimiento de la paciente a causa de posibles complicaciones o la posibilidad de una recaída, nos ha alejado hasta el presente de la fotocoagulación.

REFERENCIAS

1. GASS, J. D. M., GUERRY, R. K., JACK, R. L., et al. *Choroidal osteoma*. Arch. Ophthalmol. 1978: 96: 428-435.
2. GASS, J. D. M., *New observations concerning choroidal osteomas*. Int. Ophthalmol. 1979: 2: 71-84.
3. WILLIAMS, A. T., FONT, R. L., VANDYK, H. J. L., et al. *Osseus choristoma of the choroid simulating a choroidal melanoma*. Arch. Ophthalmol. 1978: 96: 1874-1877.
4. JOFFE, L., SHIELDS, J. A., FITZGERALD, J. R. *Osseus choristoma of the choroid*. Arch. Ophthalmol. 1978: 96: 1809-1812.
5. COSTON, T. O., WILKINSON, C. P. *Choroidal osteoma*. Am. J. Ophthalmol. 1978: 86: 368-372.
6. FAVA, G. E., BROWN, G. C. SHIELDS, J. A., et al. *Choroidal osteoma in a six-year old child*. J. Pediatric Ophthalmol. 1980: 17: 203-205.

DR. ALVARO RODRIGUEZ-GONZALEZ - DRA. MERCEDES MOLINA

7. AUGSBURGER, J. J., SHIELDS, J. A., RIFE, C. J.: *Bilateral choroidal osteoma after 9 years*. Can. J. Ophthalmol. 1979: 14: 281-284.
8. LAIBOVITZ, R. A.: *An unusual case of intraocular calcification. Choroidal osteoma*. Ann. Ophthalmol. 1979: 11: 1077-1080.
9. KLINE, L. B., SKALKA, H. W., DAVIDSON, J. D., et al. *Bilateral choroidal osteomas associated with fatal systemic illness*. Am. J. Ophthalmol. 1982: 97: 192-197.
10. GOLDSTEIN, B. G., MILLER, J.: *Metastatic calcification of the choroid in a patient with primary hyperparathyroidism*. Retina 1982: 2: 76-79.
11. BURKE, J. F., JR., BROCKHURST, R. J.: *Argon laser photocoagulation of subretinal neovascular membrane associated with osteoma of the choroid*. Retina 1983: 3: 304-307.
12. GRAND, M. G., BURGESS, D. B., SINGERMAN, L. J., RAMSEY, J. *Choroid osteoma, treatment of associated subretinal neovascular membranes*. Retina 1984: 2: 84-89.
13. CUNHA, S. L.: *Osseous choristoma of the choroid*. Arch. Ophthalmol. 1984: 402-7: 1052-1054.
14. WAKABAYASHI, K., KAWASAKI, K., YONAMURA, D., MAKACHI-YAMAMOTO, S. *JPN. J. Clinical Ophthalmol.* 1985: 37,4: 489-494.