

Oftalmopatía unilateral. Unico motivo de consulta de un caso de hipertíroidismo³⁶

Por los Dres.:

LUIS M. PEREZ PEREZ/37 MARCELINO RIOS TORRES³⁸

Pérez Pérez, L. M. *Oftalmopatía unilateral. Unico motivo de consulta de un caso de hipertiroidismo.* Rev Cub Med 15: 4, 1976.

Se informa un caso de hipertíroidismo con manifestaciones oculares unilaterales, único motivo de consulta del enfermo, con un cuadro clínico por lo demás poco evidente. Se destaca la posibilidad de esta forma de presentación y la importancia de tomar en consideración esta entidad en los planteamientos nosológicos de distintas especialidades.

La oftalmopatía forma parte de la tríada clásica de la enfermedad de Graves- Basedow,¹ y puede ser referida por el paciente entre otras manifestaciones que suelen serle más evidentes y molestas, como: nerviosismo, palpitaciones, polifagia con pérdida de peso, y bocio; de estar presente, suele ser bilateral, aunque puede ser asimétrica. La oftalmopatía hipertiroidea unilateral es rara,¹ lo cual puede enmascarar la verdadera causa y hacer que se investiguen primero otros procesos, tales como: neoplasias orbitarias, fístulas carotidocavernosas, hemorragia retrobulbar, etc.; y otros no locales, como el tumor de vértice pulmonar. Se informa un caso de hipertiroidismo con oftalmopatía unilateral, signo que constituyó, además, el único motivo de consulta del paciente en este momento.

Presentación del caso

Paciente E.L.B., historia clínica No. 103-8-03, 35 años de edad, sexo masculino, raza mestiza, casado, natural de Sagua de Tánamo, Oriente. Motivo de consulta (oftalmología): aumento de la hendidura palpebral izquierda, que aprecia desde hace dos meses (figura 1).

Se ingresa en la sala de oftalmología, donde se encuentra al examen físico: agudeza visual: 1/1; anejos: aumento de la hendidura palpebral, ojo izquierdo; no lagofalmo; segmento anterior: normal; medios: transparentes;⁵ fondo de ojo: normal; lámpara de hendidura: no se aprecian alteraciones; tensión ocular: 5 /5.5 Schiötz.

Exámenes complementarios: hematócrito: 42 vols. %; hemoglobina: 12 g %;

³⁶ Trabajo presentado en el Congreso Nacional de Medicina Interna, La Habana, noviembre de 1974.

³⁷ Especialista de primer grado en endocrinología. Jefe del servicio de endocrinología del hospital clinicoquirúrgico de Matanzas. Endocri- nólogo de los hospitales ginecobstétrico y pediátrico de Matanzas.

³⁸ Especialista de primer grado en oftalmología. Jefe del grupo provincial de oftalmología y del servicio correspondiente al hospital clinicoquirúrgico de Matanzas.



Figura 1. Paciente E.L.B. Obsérvese retracción del párpado superior izquierdo.

eritrosedimentación: 4 mm/1ra. hora; coagulación: 6 minutos; sangramiento: 1 minuto; leucocitos: 6 400Xmm³; stabs: 00%; segs: 61%; basóf.: 00%; eos: 03%; monoc.: 00%; linf.: 36%; glicemia: 98 mg %; urea: 12 mg %; V.D.R.L.: no reactiva; heces fecales: no se observan parásitos ni protozoarios; orina parcial: normal; flebografía orbitaria transfrontal: normal.

interconsulta con neurología: examen neurológico: negativo. Estudios radiológicos: hendidura esfenoidal, agujeros ópticos, órbitas y cráneo: normales.

Interconsulta con endocrinología: (interrogatorio dirigido) preferencia por el frío y buen apetito (habituales), pérdida de peso; nervioso; irritable a veces; palpitaciones; no aumento de la sudoración; no astenia; constipación.

Retrospectivamente: en el año 1970 muere una hija que padecía una cardiopatía, a partir de lo cual presenta nerviosismo y cefalea; en el año 1971 es desmovilizado de las Fuerzas Armadas Revolucionarias por "trastornos nerviosos". Al examen físico: glándula tiroides difusamente aumentada de tamaño, superficie lisa; consistencia elástica,



Figura 2. Signo de von Graefe presente.

movible no ζ olorosa; no soplo; no *thrill*; peso: 35 g, aproximadamente; no adenomegalias palpables; signo de Chvostek ausente; frecuencia cardíaca y pulso radial: 92/minuto/regular; temblor digital presente; manos húmedas; aumento discreto de la temperatura de la piel; no hiperquinesia. Ojo izquierdo: retracción palpebral; signo de von Graefe presente; paresia del músculo recto superior (figura 2). Ojo derecho: sin alteraciones. Índice de Wayne: + 21. Exámenes complementarios: P.B.I: 11 μ J.g; captación de 1-131/24 horas: 63%; captación de 1-131; 24 horas previa inhibición con triyodotironina: 69%; anticuerpos antitiroglobulina (método TRC): negativo; reflexoaquilograma: 220 mseg (1/2 relajación); colesterol: 127 mg%; apicograma: negativo. Diagnóstico positivo: bocio tóxico difuso con oftalmopatía unilateral (izquierda).

COMENTARIOS

La tirotoxicosis es una entidad que se ve con cierta frecuencia en nuestro medio; una de sus causas es la enfermedad de Graves-Basedow.¹ La oftalmopatía es uno de los elementos que caracteriza a esta última" y puede hacerse evidente durante el curso de la enfermedad e incluso progresar durante el tratamiento,⁴ cualquiera que éste sea; asimismo puede verse en cuadros leves

y aun en ausencia de otras manifestaciones clínicas, que evolutivamente aparecen.¹ La oftalmopatía puede presentarse de distintas formas, aisladas o asociadas; exoftalmos, retracción de los párpados, edema del contenido orbitario y sus anejos, quemosis, inyección conjuntival, oftal- moplejía, etc. Suele ser bilateral, aunque también asimétrica. Unilateral^{4+0+0.7} es muy poco frecuente, aunque resulta más evidente para el enfermo, como sucedió con el que presentamos. En éste, hay señales de que su enfermedad viene evolucionando desde hace 3 ó 4 años, con síntomas discretos, a los cuales parece haberse adaptado, y que, favorecido por el pequeño tamaño del bocio, han pasado inadvertidos para él en este momento; sólo se queja de aumento de la hendidura palpebral izquierda, y niega toda otra sintomatología que hay que obtener mediante el interrogatorio dirigido. De no haberse hecho aún el diagnóstico al paciente que presentamos, podemos

considerar que con el transcurso del tiempo aparecería el cuadro típico, y posiblemente manifestaciones oftalmológicas bilaterales. Se destaca la posibilidad de estas formas poco floridas, con predominio marcado de un síntoma o signo, que puede llevar a consultar al especialista correspondiente, en este caso al oftalmólogo, en otras, al cardiólogo, etc., y motivar, de no tenerse presente estas formas clínicas, investigaciones y proceder innesarios, que retardarían el diagnóstico y el tratamiento adecuados. El hipertiroidismo debe tenerse presente como posibilidad en los pacientes que consultan por trastornos dependientes del sistema nervioso, sobre todo si hay el antecedente de situaciones de tensión psíquica, que muchas veces desencadenan dicha enfermedad. Al nerviosismo, por la frecuencia con que se refiere, suele restársele importancia y no se le busca su etiología.

SUMMARY

Pérez Pérez, L. M. *Unilateral ophthalmopathy: The single cause that led a hyperthyroid patient to seek medical care.* Rev Cub Med 15: 4, 1976.

A hyperthyroid patient whose unilateral ocular manifestations led him to seek medical care is reported. His clinical picture did not evidence hyperthyroidism. The possibility of this form of presentation as well as the significance of considering this entity in the nosological proposals in several specialties are stressed.

RESUME

Pérez Pérez, L. M. *Ophthalmopathie unilatérale. Seul motif de consultation d'un cas d'hyperthyroïdisme.* Rev Cub Med 15: 4, 1976.

L'auteur rapporte un cas d'hyperthyroïdisme avec des manifestations <?culaires unilatérales. seul motif de consultation du malade, présentant en plus, un tableau clinique peu évident. D'autre part, il souligne la possibilité de ce type de présentation et l'importance de tenir compte de cette entité dans les exposés nosologiques de différentes spécialités.

RESIOME

ITepe3 Üepe3 JI.M. OjmoKpaTHafl oiTajiBMenaTHH.KoHcyjitTaiXKH oflHoro cjiyMaa rmiepTJipOH3Ma. Rev Cub Med 15:4,1976.

CoómaeTCH otí OJXHOH cjiy^afl rnnePTH0flH3Ma oflHOKpaTHMMu rja3HHMH Marn— §CCTaUilHMü , GJUIHHafl npi'T'ÍHHa npneMa ÓOJTLHHX KJMHii'IGCKKM KapTHHOM a Toro satiOJieBaHHH. OTMe^aTCH B03M0aH0CTB stoh \$op*i noHBJieum m 3Hane- Hue mmgtb b BMjiy TaKoe 3aÓojieBaHHe npii HocoJionriGCKnx onHcaHi-m pa3— JIHHHUX CneiHaJILHOCTH.

BIBLIOGRAFIA

1. *Williams, R. H.* Tratado de Endocrinología, III ed., pp. 189. Salvat Editores, S. A., Barcelona, 1960.
2. *Pedro-Pons, A.* Patología y Clínica Médicas, III ed., t. 6, pp. 943. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1963.
3. *Hamilton, H. E. et al.* The endocrine eye lesion in hyperthyroidism. Its incidence and course in 165 patients treated for thyrotoxicosis with iodine-131. *AMA Arch Intern Med* 105: 675, May 1960.
4. *Zacharewicz, F. A.* The Ophthalmopathy of Hyperthyroidism. *G P* 36: 88, Oct. 67.
5. *Scholz, D. A. et al.* Ophthalmopathy associated with Graves' disease. Unusual clinical manifestations and their management. *Am J Intern Med* 109: 526, May 62.
6. *Furth, E. D. et al.* Appearance of unilateral infiltrative exophthalmos of Graves' disease after the successful treatment of the same process in the contralateral eye by apparently total surgical hypophysectomy. *J Clin Endocrinol* 22: 518, May 1962.
7. *Pochin, E. E.* Unilateral retraction of upper lid in Graves' disease. *Clin Sci* 3: 197, April 1938.

1

*