

Osteoma coroideo. A propósito de un caso

María Sol Ávalos Ávalos¹, Diana Zambrano²

¹ Hospital Carlos Andrade Marín - Médico Residente de Oftalmología

² Hospital Carlos Andrade Marín - Médico Tratante Retina

Correspondencia:

Dra. María Sol Ávalos – ms_avalos@hotmail.es

Recibido: 09 /12 /2014

Aceptado: 10/01/2015

RESUMEN

Introducción: el osteoma coroideo (OC) es un tumor benigno de la coroides, muy poco frecuente, capaz de producir auténtico tejido óseo. Afecta típicamente a mujeres jóvenes y sanas y se localiza en el polo posterior, preferentemente en la región yuxtapapilar. Generalmente es una lesión unilateral con etiología aún desconocida.

Mediante la ultrasonografía y la tomografía computarizada se puede llegar al diagnóstico al demostrar la placa calcificada correspondiente a la lesión.

Caso clínico: presentamos el caso de osteoma coroideo en una paciente femenina de 36 años de edad con pérdida de la agudeza visual de ojo izquierdo y antecedente de trauma ocular.

En la TAC de orbita hubo una calcificación alargada de aproximadamente 7mm localizada en la región posterior superior del ojo izquierdo, aparenta yuxtapapilar, que no se modifica con el contraste en relación con osteoma coroideo.

Se realizó tomografía de coherencia óptica de OI donde se evidenció elevación del EPR, posible lesión sugerente de una membrana neovascular corioidea y líquido subretinal, por lo cual se colocó 3 dosis de antiangiogénicos, mejorando la visión a cuenta dedos a 2 MT.

Conclusiones: el osteoma coroideo es un tumor intraocular benigno poco frecuente, más común en pacientes jóvenes sanas cuyo diagnóstico se confirma con la calcificación visible por TAC; entre las complicaciones que producen baja visión está el desprendimiento exudativo y hemorragia, en donde está indicado terapia fotodinámica, fotocoagulación y antiangiogénicos.

Palabras clave: osteoma coroideo, calcificación intraocular, trauma ocular.

ABSTRACT

Introduction: choroidal osteoma (OC) is a rare benign tumor of the choroid, capable of producing real bone tissue. It typically affects young healthy women, and it is located in the posterior pole, preferably in the juxtapapillary region. It is usually a unilateral lesion with still unknown etiology.

Diagnosis can be made by ultrasonography and computed tomography by showing the corresponding calcified plaque of the injury.

Case study: we report a case of choroidal osteoma in a female patient of 36 years of age with loss of visual acuity of the left eye and a history of ocular trauma.

In the TAC there was an elongated orbit calcification of about 7mm, located in the upper posterior region of the left eye, appears juxtapapillary, which is not modified by the contrast in relation to choroidal osteoma.

Optical coherence tomography was performed in the LE, where EPR evidenced elevation, a possible lesion suggestive of choroidal neovascular membrane and subretinal fluid, applying 3 doses of antiangiogenic, improving vision.

Conclusions: choroidal osteoma is a rare benign intraocular tumor, more common in young healthy patients whose diagnosis was confirmed by CT visible calcification; among its complications that cause low vision is the exudative detachment and bleeding; being photodynamic therapy, photocoagulation and antiangiogenic treatment of choice.

Keywords: choroidal osteoma, intraocular trauma, ocular calcification.

INTRODUCCIÓN

Fue descrito por primera vez por Gass y Williams¹, en 1978; aunque Van Dyk ya en 1975 habló de un caso de tumor idiopática óseo de coroides.

El osteoma coroideo es un tumor de la coroides de características benignas, extremadamente raro, con la peculiaridad de ser capaz de formar auténtico tejido óseo (trabéculas óseas densas y médula ósea vascularizada con osteocitos, osteoclastos y osteoblastos). A pesar de

que presenta características de benignidad, el tumor puede crecer lentamente y provocar pérdida de la visión. El crecimiento rápido del osteoma coroideo es excepcional.

Afecta típicamente a mujeres jóvenes y sanas,² de raza blanca, entre los 10 y los 30 años de edad, si bien se han descrito casos en edades más tardías y en niños; en estos últimos, a menudo, se descubren a causa de un estrabismo. Cuando aparece en edades tempranas de la vida su capacidad de crecimiento es mayor en comparación con los pacientes de mayor edad.

Su etiología permanece todavía incierta. Quizá podría ser causado por una metaplasia ósea del epitelio pigmentario de la retina o bien por procesos inflamatorios y enfermedades sistémicas como: trauma ocular, procesos inflamatorios como pseudotumor inflamatorio, uveítis, vitritis, síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, granulomatosis eosinofílica, malformaciones congénitas y alteraciones hormonales;⁵ pero la teoría de mayor aceptación en la actualidad es la que defiende que se trata de un coristoma benigno⁷ (tumor congénito primario de origen embrionario, de estirpe mesenquimatosa, formado por tejidos no presentes en condiciones normales en coroides). Asimismo han sido descritos algunos casos de afectación familiar, lo que sugiere un factor hereditario a tomar en cuenta.

El tumor es unilateral en un 75-80% de los casos. Se localiza en el polo posterior, de preferencia en la región yuxtapapilar de la coroides y se manifiesta como una placa naranja-amarilla profunda en la retina.³

Los pacientes con osteoma corioideo pueden encontrarse asintomáticos o más frecuentemente, aquejar visión borrosa, metamorfopsias, defectos en el campo visual o fotofobia.⁵

Entre las complicaciones que pueden ocasionar la pérdida de la visión podemos citar: el desprendimiento de retina, el crecimiento del tumor, su descalcificación, la interrupción de la EPR y adelgazamiento o pérdida de la membrana de Bruch y coriocapilar que contribuye al desarrollo de la neovascularización corioidea³ la cual induce degeneración de los fotorreceptores, líquido subfoveal y hemorragia subfoveal, siendo la frecuencia de presentación de la membrana neovascular corioidea (MNVC) en un tercio a la mitad de los pacientes.²

Aunque los hallazgos oftalmoscópicos son bastante característicos, el diagnóstico se fundamenta en la demostración de la placa ósea mediante ecografía; estas lesiones son usualmente planas o ligeramente elevadas y producen una reflectividad interna muy elevada y una sombra acústica orbitaria posterior a la lesión o tomografía axial computarizada, donde se identifica la presencia de una lesión sólida, plana e hiperdensa característica de calcificación intraocular.⁴

El tratamiento está dirigido más bien a la neovascularización corioidea existiendo varios métodos que incluyen fotocoagulación láser, terapia fotodinámica, puede tener éxito en algunos casos e incluso conseguir la involución del tumor.⁴ Otra alternativa es la membrana neovascular y el desprendimiento de retina seroso asociado, lo constituye la inyección intravítrea de ranibizumab.⁵

El pronóstico es muy variado. Una investigación de larga duración, en la que se siguieron estos pacientes como promedio 10 años, ofreció algunos datos pronóstico: en el 41% de los casos crecimiento del tumor, 58% tuvo pérdida visual de 0,1 o peor a los 10 años y el 62% a los 20 años, el 47% desarrolló neovascularización corioidea a los 10 años y el 56% a los 20 años y solamente 25% tuvo tratamiento efectivo con fotocoagulación láser.⁵

CASO CLÍNICO

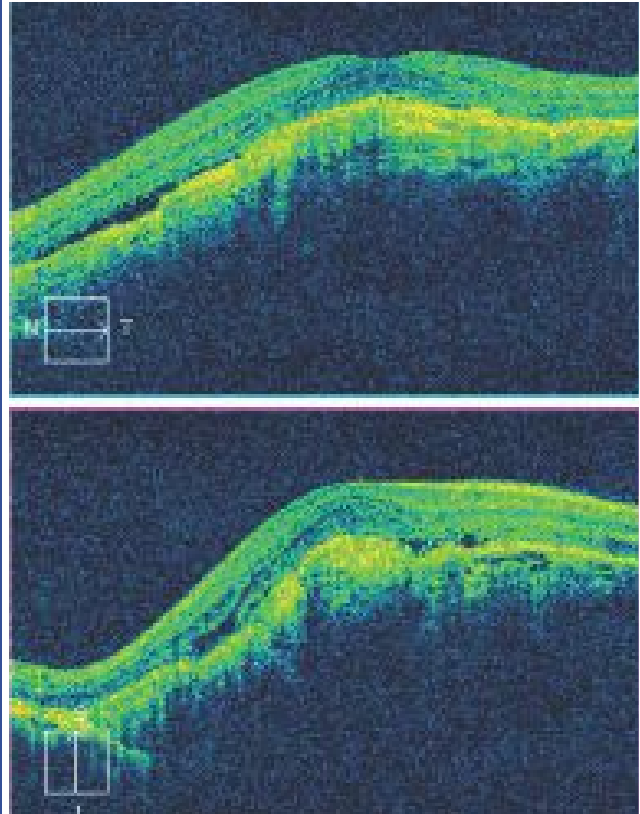
Se trata de una paciente femenina de 36 años, sin antecedentes clínicos de importancia; con antecedente oftalmológico de trauma ocular contuso de ojo izquierdo 6 meses antes de la consulta. Acude a nuestro centro de salud por disminución de la agudeza visual de ojo izquierdo de 4 meses de evolución.

Al examen oftalmológico; agudeza visual sin corrección: cuenta dedos (CD) a un metro, los anexos y el segmento anterior no mostró anormalidades, al fondo de ojo mediante oftalmoscopia binocular indirecta, se evidenció una cicatriz coriorretiniana en área macular, blanco-naranja en su porción periférica y más blanquecina en la región central, de poca altura, que se extiende hacia la arcada temporal superior, con visualización de vasos corioideos, desprendimiento

seroso y hemorragia subretiniana.

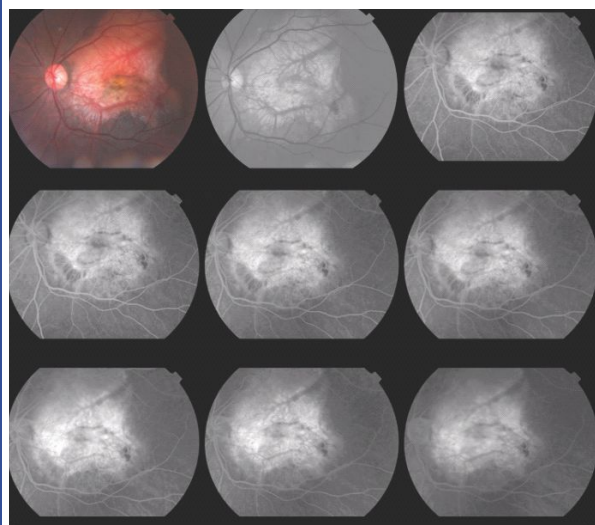
Ojo derecho visión 20/20, segmento anterior y fondo de ojo normal. Se realizó tomografía de coherencia óptica de OI donde se evidenció elevación del EPR, posible lesión sugerente de una membrana neovascular corioidea (MNVC) y líquido subretinal.

Figura 1. Tomografía de coherencia óptica ojo izquierdo, Optómetra Viteri, Hospital Carlos Andrade Marín.



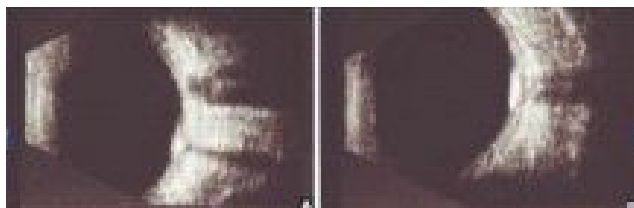
La angiografía fluoresceínica OI mostró una hiperfluorescencia que persiste en fases tardías sin escapes, la lesión ocupa el área macular con pooling (Figura 2).

Figura 2. Angiofluoresceína, Optómetra Viteri, Hospital Carlos Andrade Marín.



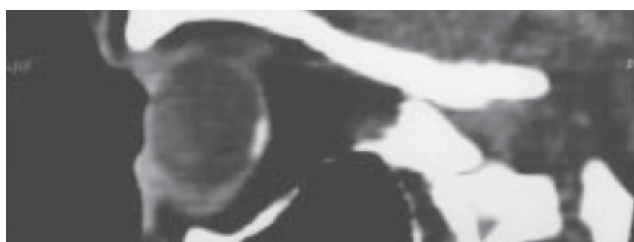
Al ultrasonido ocular del OI se encontró una imagen hiperecogénica, localizada en el polo posterior del globo ocular, que origina una sombra acústica (Figura 3).

Figura 3. Ecografía OI, Oraltmotec: Dra. Garcez.



En la TAC de órbita hubo una imagen hiperdensa (calcificación) alargada de aproximadamente 7mm localizada en la región posterior superior del ojo izquierdo, impresiona como yuxtapapilar, no se modifica con el contraste en relación con osteoma corioideo.

Figura 4. TAC S/C órbita, Dr. Cornejo, Hospital Carlos Andrade Marín.



Ante la descripción del cuadro clínico, los hallazgos al fondo de ojo e imagen, se llegó al diagnóstico de osteoma corioideo. Además, al identificar la complicación propia de la enfermedad de MVNC y líquido subretinal, se coloca tres dosis de ranibizumab (antiangiogénico) intravítreo, con un intervalo de un mes entre cada uno, mejorando la visión a CD a 2MT.

DISCUSIÓN

El osteoma corioideo comúnmente se presenta como una lesión solitaria localizada en la región yuxtapapilar de un ojo en una mujer joven sana que fue la forma de presentación en nuestra paciente.

Su etiología es aún desconocida, aunque entre las causas probables está el trauma ocular hecho que tuvo como antecedente la paciente.

La tomografía de coherencia óptica revela placa sólida, plana, con una densidad similar a la ósea a nivel de la coroides, atrofia de la capa de fotorreceptores que está por arriba del tumor, EPR irregular y poco claro con ensombrecimiento posterior y neovascularización corioidea, líquido subretiniano, siendo este último hallazgo que nos permitió tomar la decisión de colocar ranibizumab intravítreo en la paciente.⁶

La angiofluoresceína describe una imagen típica moteada de hiperfluorescencia en etapas tempranas en fases tardías son variables y presentan tanto zonas hiperfluorescencia como hipofluorescentes.⁵

El diagnóstico se confirma con exámenes complementarios como ECO ocular el cual revela una imagen hiperecogénica, localizada en el polo posterior del globo ocular que origina una sombra acústica posterior y tomografía axial computarizada, la cual es confirmatoria ya que demuestra placas hiperdensas con una densidad similar al hueso a nivel de la coroides, polo posterior; manera de la cual se confirmó el diagnóstico de la paciente.⁴

El diagnóstico diferencial de esta tumoración debemos descartar varias entidades como son: melanoma amelanótico, hemangioma corioideo, metástasis corioidea y calcificación corioidea idiopática, distrofia macular viteliforme, coriorretinitis serpinginosa, retinopatía serosa central, cicatrices coriorretinianas antiguas, entre otras.⁵

La calcificación esclerocorioidea tiende a ocurrir de forma bilateral en pacientes ancianos. Envuelve la esclera y la coroides externa,

con extensión a arcadas, ya sea superotemporal o inferotemporal, siguiendo un patrón en anillo, no se afecta la agudeza visual.⁵

El melanoma corioideo amelanótico difiere en que presenta un color amarillo-carmelita, mayor grosor y márgenes imprecisos. El nevus corioideo amelanótico es relativamente plano con márgenes específicos y puede tener drusen en su superficie.⁵

El carcinoma metastásico de coroides presenta márgenes imprecisos y está asociado a un desprendimiento seroso de la retina de mayor proporción que el tumor. Además este suele ocurrir en personas con una historia previa de cáncer, más frecuente cáncer de mama.⁵

El hemangioma corioideo circunscrito presenta forma de domo, márgenes finos, fluido seroso y degeneración cistoide de la retina.⁵

En cuanto al tratamiento se debe dar un seguimiento y observación cuando los pacientes se encuentran asintomáticos y sin compromiso ocular; se trata entonces únicamente las complicaciones ya sea con fotocoagulación láser, terapia fotodinámica o antiangiogénicos.⁵

Nuestro caso coincide con la epidemiología mencionada en los artículos, donde es más frecuente en mujeres y también en cuanto a la etiología, ya que en nuestra paciente hubo el antecedente de trauma.

Tuvo una clara afectación de la visión por presentar complicación con desprendimiento exudativo y hemorragia subretiniana pero no se pudo realizar la terapia fotodinámica porque durante el inicio del proceso la paciente presentó hipotensión, se programa entonces para antiangiogénicos,⁷ recibiendo al momento la tercera dosis y la visión mejoró a cd a 2 MT.

CONCLUSIÓN

El osteoma corioideo es un tumor intraocular benigno poco frecuente, más común en pacientes jóvenes sanas cuyo diagnóstico se confirma con la calcificación visible por TAC; entre las complicaciones que producen baja visión está el desprendimiento exudativo y hemorragia en donde está indicado terapia fotodinámica, fotocoagulación y antiangiogénicos.

INFORMACIÓN DE AUTORES

- María Sol Ávalos Ávalos es Médico Residente de Oftalmología en el Hospital Carlos Andrade Marín.
- Diana Zambrano es Médico Tratante de Retina en el Hospital Carlos Andrade Marín.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Personal.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gass JDM, Guerry RK, Jack RL, Harris G. Choroidal Osteoma. Arch Ophthalmol. 1978 [citado ago 2011];96(3). Disponible en: <http://archophth.ama-assn.org/cgi/content/abstract/96/3/428>
2. Shields CL, Sun H, Demirci H, Shields JA. Factors predictive of tumor growth, tumor decalcification, choroidal neovascularization, and visual outcome in 74 eyes with choroidal osteoma. Arch Ophthalmol. 2005 [citado ago 2011];123(12). Disponible en: <http://archophth.ama-assn.org/cgi/content/abstract/123/12/1658>

3. Foster BS, Fernández Suntay JP, Dryja TP, Jakobiec FA, D'Amico DJ. Surgical removal and histopathologic findings of a subfoveal neovascular membrane associated with choroidal osteoma. *Arch Ophthalmol*. 2003 [citado ago 2011];121(2). Disponible en: <http://archophth.ama-assn.org/cgi/content/full/121/2/273>
4. Padro Serrano A, Camas Benítez JT. Neovascularización subretiniana asociada con osteoma coroideo. *Rev Mex Oftalmol*. 2006 [citado ago 2011];80(3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexoft/rmo-2006/rmo063j.pdf>
5. Rúa Martínez, Raúl et al. Osteoma coroideo secundario a trauma ocular. *Rev Cubana Oftalmol* [online]. 2012, vol.25, n.1 [citado 2014-10-24], pp. 169-177. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762012000100019&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2176
6. Sayanagui K, Pelayes DE, Kaiser PK, Singh AD. 3D Spectral domain optical coherence tomography findings in choroidal tumors. *Eur J Ophthalmol*. 2010 [citado ago 2011];126(1). Disponible en: <http://archophth.ama-assn.org/cgi/content/full/126/1/135>
7. Yolanda García a, Rafael Lasiera a, José Ignacio Pina a, Blanca Madariaga. Osteoma coroideo. Una inusual forma de calcificación del globo ocular. *Rev España de radiología (on line)* Vol. 42. Núm. 5. Junio 2000. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/radiologia-119/osteoma-coroideo-una-inusual-forma-calcificacion-globo-10017546-comunicaciones-brevs-2000v>