

## Introducción

La oftalmopatía tiroidea es la manifestación extratiroidea más frecuente de la enfermedad de Graves-Basedow (EGB). Se presenta como formas moderadas o graves en un 5-6% de los pacientes y causa un importante impacto en la calidad de vida.

Los factores de riesgo para presentarla son los elevados niveles de anticuerpos anti-receptor de TSH (Ac anti-TSHr), el mal control de la función tiroidea, el tabaquismo y el tratamiento con yodo radiactivo.

Puede aparecer en pacientes eutiroideos o hipotiroideos, pero en el 75% de los casos es con Ac anti-TSHr positivos.

## Diagnóstico

El diagnóstico es clínico. La oftalmopatía tiroidea se clasificará en activa o inactiva y, según su gravedad, en leve, moderada-grave o amenazante para la vista.

En caso de oftalmopatías muy atípicas, unilaterales o muy asimétricas, y si hay dudas diagnósticas, nos podemos apoyar en técnicas de imagen como la TC con contraste o la RM orbitaria.

### Manifestaciones clínicas

Síntomas: molestias oculares, sensación de cuerpo extraño, sequedad ocular, lagrimeo, fotofobia, escozor, picor, diplopia, dolor ocular con los movimientos oculares, sensación de limitación de los movimientos oculares, disminución de agudeza visual, alteración de la percepción de los colores.

Signos: exoftalmos, enrojecimiento palpebral, edema palpebral, edema de la carúncula, enrojecimiento conjuntival, quemosis conjuntival, limitación a la movilidad de los oculomotores, estrabismo.

La Escala de actividad de la enfermedad (CAS) puntúa sobre 7 al diagnóstico, sobre 10 al seguimiento. Activa SI  $\geq 3$ :

1. Dolor retroocular espontáneo
2. Dolor que empeora con los movimientos oculares
3. Enrojecimiento palpebral
4. Enrojecimiento de la conjuntiva
5. Edema de la carúncula
6. Edema palpebral
7. Quemosis conjuntival

### Seguimiento:

8. Aumento del exoftalmos  $\geq$  de 2 mm
9. Disminución de la motilidad ocular  $\geq 8^\circ$
10. Disminución de la agudeza visual  $\geq 1$  línea

### GRAVEDAD:

- Cuando la afectación es leve, no tiene suficiente impacto en la calidad de vida para justificar un tratamiento inmunosupresor o una intervención quirúrgica.
- Cuando la afectación es moderada, tiene el suficiente impacto en la calidad de vida del paciente para justificar el riesgo de un tratamiento inmunosupresor (en caso de ser activa) o de una intervención quirúrgica (en caso de ser inactiva).
- Cuando la gravedad supone una amenaza para la vista, el tratamiento es urgente y suele requerir cirugía.

Grado	Afectación de calidad de vida	Retracción palpebral	Tejidos blandos	Proptosis	Diplopia	Exposición corneal	Nervio óptico
Leve	Escaso impacto	< 2 mm	Leve afectación	< 3 mm	No o rara vez	Ausente o leve	Normal
Moderada-grave	Deteriora calidad de vida	$\geq$ de 2 mm	Moderada o grave	> 3 mm	Intermitente o constante	Leve a moderada	Normal
Amenaza vista	Muy afectada					Rotura corneal	Compresión

## Enfoque terapéutico

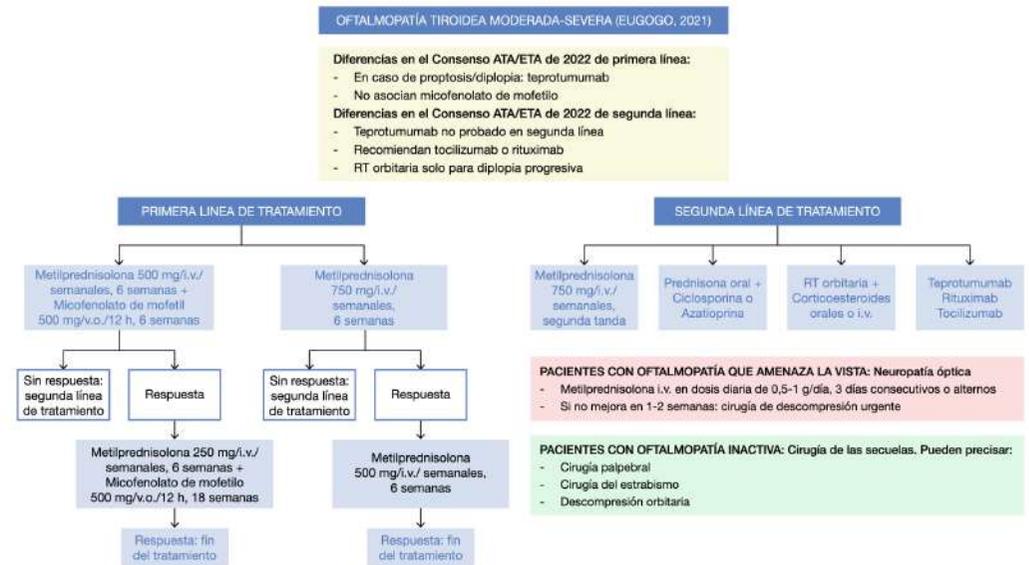
Hay una guía de práctica clínica del grupo europeo de orbitopatía de Graves (EUGOGO) de 2021 y un documento de consenso de la ATA (American Thyroid Association) y la ETA (European Thyroid Association) de 2022, con pequeñas diferencias que vamos a reseñar.

### MEDIDAS GENERALES PARA TODOS LOS PACIENTES:

- Medidas locales: lágrimas artificiales, lubricantes en gel, oclusión nocturna.
- Mantener el eutiroidismo.
- Dejar el tabaco y no exponerse a ambiente de humo.
- El tratamiento de la hipercolesterolemia con atorvastatina mejora la evolución de la oftalmopatía tiroidea.
- Evitar el yodo radiactivo en la oftalmopatía tiroidea moderada y grave.
- En oftalmopatía tiroidea leve y pacientes de alto riesgo\*, protección con corticosteroides:
  - Prednisona a 0,2 mg/kg, desde el día siguiente al tratamiento con yodo, en pauta descendente, 6 semanas.
  - Otra opción sería metilprednisolona 500 mg/i.v., 1 día a la semana, 2 semanas y después 250 mg/i.v., 1 día a la semana, 2 semanas más.
- \* Alto riesgo: fumadores, Ac anti-TSHr muy elevados, hipertiroidismo grave, oftalmopatía tiroidea previa, corta duración de la enfermedad.

### PACIENTES CON OFTALMOPATÍA TIROIDEA ACTIVA LEVE:

- Además de las medidas generales, selenio 200  $\mu$ g/ al día, 6 meses



## No olvides...

1. Los pacientes deben ser referidos a centros con experiencia en oftalmopatía tiroidea para el manejo multidisciplinario Endocrinología-Oftalmología.
2. Debemos insistir en el abandono del hábito tabáquico.
3. Las medidas locales pueden aliviar mucho los síntomas de los pacientes.
4. La ventana terapéutica para mejorar la oftalmopatía tiroidea es limitada en el tiempo, hemos de iniciar el tratamiento tan pronto la diagnostiquemos.
5. Previo al tratamiento con tocilizumab y rituximab es necesario realizar serología vírica, despistaje de tuberculosis y radiografía de tórax.
6. El teprotumumab ya está disponible en Europa.
7. La cirugía de las secuelas puede requerir varias intervenciones.