



11234

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO 364

23
24

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
DIVISIÓN OFTALMOLOGÍA

PSEUDOTUMOR IDIOPÁTICO DE LA
ÓRBITA, ASOCIADO CON
DESPRENDIMIENTO DE RETINA
EXUDATIVO
REPORTE DE UN CASO

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
CIRUJANO OFTALMÓLOGO

PRESENTA:

DR. MANUEL ENRIQUE ESCANIO CORTÉS



IMSS

MÉXICO, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2687 93

1998



Universidad Nacional
Autónoma de México

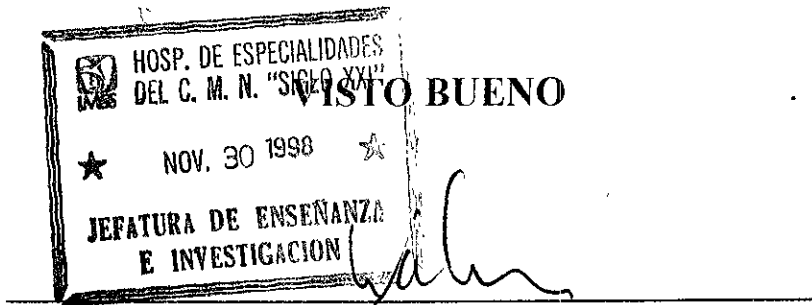


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



DR. NIELS H. WACHER RODARTE

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

DR. BERNARDO SEPULVEDA G.

CENTRO MEDICO NACIONAL S XXI

DR. ENRIQUE GARZA RUIZ

JEFE DE LA DIVISION DE OFTALMOLOGIA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

DR. BERNARDO SEPULVEDA G

CENTRO MEDICO NACIONAL S. XXI

DRA. RITA RIOS PRADO

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

DR. BERNARDO SEPULVEDA G.

CENTRO MEDICO NACIONAL S. XXI

**PSEUDOTUMOR IDIOPATICO DE LA ORBITA ASOCIADO CON
DESPRENDIMIENTO DE RETINA EXUDATIVO**

REPORTE DE UN CASO

AUTOR:

DR. MANUEL ENRIQUE ESCANIO CORTES

DIVISION DE OFTALMOLOGIA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

DR. BERNARDO SEPULVEDA G.

CENTRO MEDICO NACIONAL S. XXI

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ASESOR

DRA. RITA RIOS PRADO

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

DR. BERNARDO SEPULVEDA G.

CENTRO MEDICO NACIONAL S. X

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DEDICATORIA

A mi esposa:

Adela, a dos años de haber consolidado un matrimonio feliz,
y que en todo momento me ofrece palabras alentadoras
para enfrentar el nuevo día como si fuera el último
de nuestra existencia

A mis padres:

Maria de los Angeles Cortés y Enrique Escamio Andrade,
quienes nos han brindado su apoyo en todo momento.
Si en estos momentos se sienten orgullosos de mí, les dire
que soy yo el que me siento orgulloso de ustedes

A mis hermanos:

Ana Isabel, Edgar Joel, Héctor Omar

A mi asesor:

Dra. Rita Ríos por su confianza en darme la oportunidad
de llevar a cabo esta tesis.

INDICE

Introducción	1
Antecedentes	2
Presentación del caso clínico	7
Discusión	15
Apéndice 1	17
Apéndice 2	18
Apéndice 3	19
Apéndice 4	20
Bibliografía	21

INTRODUCCIÓN

El pseudotumor idiopático de la órbita, es la tercera causa de proptosis. Descrita por primera vez por Birch-Hirschfeld en 1905, en la cual incluía 3 tipos:

- 1.- Proptosis que se resuelve de manera espontanea sin tratamiento quirúrgico
- 2.- Proptosis que la cirugía demostró una masa en órbita, la cual resulta ser tejido inflamatorio inespecífico de tipo crónico
- 3 - Proptosis que al tiempo de la cirugía se demostró masa en órbita, la cual resulta tejido inflamatorio inespecífico de tipo crónico.

El pseudotumor idiopático de la órbita, no es un tumor de tipo maligno se denomina de esta manera, por que se trata de tejido inflamatorio el cual es inespecífico sin encontrar una causa local o sistémica que lo justifique.

Se presenta el caso de paciente femenino de 39 años de edad, la cual presenta diplopia (visión doble), exodesviación de ojo izquierdo, disminución de la agudeza visual y con ello desaparece la diplopia, presentando un desprendimiento de retina de tipo seroso o exudativo de ojo izquierdo. Al realizar biopsia de glándula lagrimal se corrobora diagnóstico de inflamación de tipo crónica e inespecífica.

ANTECEDENTES

Birch- Hirschfeld introduce el termino pseudotumor ^(1,2). Él cambia el termino de Panas (1895) de pseudoplasma maligno⁽³⁾ Y en 1905 introduce el termino de pseudotumor inflamatorio de la órbita.

Descrita como síndrome misterioso de la órbita. dando la impresión clínica de una neoplasia benigna o maligna. que histológicamente es de naturaleza inflamatoria.

En 1926 Verebely ⁽²⁾ sugiere el termino de Celulitis fibroplástica. al describir sus hallazgos histopatológicos.

En 1951 Reese lo denomina Granuloma cronico de la órbita. como sinónimo de una masa inflamatoria de tipo crónico⁽²⁾

En 1962 Hogan y Zimmerman⁽²⁾ lo denominan Pseudotumor inflamatorio no neoplasico de la órbita

En 1979 Jakobice⁽²⁾ propone el término pseudotumor inflamatorio idiopático de la órbita. para posteriormente establecer el término Inflamación Idiopático de la Órbita como más apropiado.

En 1980 Henderson lo llama inicialmente pseudotumor inflamatorio linfocítico de la órbita. y subsecuentemente lo denomina Tumor Inflamatorio avasculítico de la órbita

En resumen. el termino pseudotumor de la órbita ha sido utilizado en el pasado como diagnóstico de múltiples condiciones inflamatorias sin causa clínica aparente. En la literatura reciente el término ha sido utilizado solamente en procesos inflamatorios idiopáticos e inespecíficos de la órbita.

DEFINICIÓN

Birch – Hirschfeld definió el Pseudotumor como la inflamación inespecífica de la órbita, sin evidencia de una causa local o sistemática (neoplasia, infección, etiología inflamatoria sistémica o inmunológica).⁽²⁾

ETIOLOGÍA

En el Pseudotumor no se reconocen causas locales o enfermedades sistémicas.

La incidencia real de Pseudotumor es alta, es la causa más frecuente de proptosis después de la orbitopatía distiroidea.

Henderson (1994) reporta una incidencia de 48 casos biopsiados (6.3%) de 764 lesiones en órbita en su serie.

Kennedy (1984) en su serie de 820 casos biopsiados, 43 (5.2%) fueron Pseudotumor.

HALLAZGOS CLÍNICOS

El Pseudotumor de órbita es más frecuente entre la tercera y la quinta década de la vida. Pero puede afectar niños y adultos de la séptima década de la vida.⁽⁴⁾

Hombres y mujeres son afectados por igual, y no existe predominio racial.

Es unilateral. La enfermedad bilateral ha sido reportada de forma rara. De manera poco frecuente la inflamación puede alternar de una órbita a otra.⁽⁴⁾

Se caracteriza de acuerdo a la estructura de la órbita involucrada:⁽⁴⁾

- Miosiosis (cuando afecta uno o más músculos extraoculares.)
- Dacrioadenitis (glándula lagrimal)
- Periescleritis (cuando afecta la capa de tenon contigua a la grasa de la órbita).

- Trocleitis o perineuritis (la duramadre del nervio optico y contigua a la grasa orbitaria perioptica).

Las lesiones pueden ser difusas, afectando mas de una estructura incluyendo la grasa y los músculos extraoculares y puede ser predominantemente posterior o anterior.

Una uveitis, un desprendimiento de retina exudativo, y papilitis, son las lesiones intraoculares que pueden manifestarse en pseudotumor de la orbita anterior.⁽⁵⁾

CUADRO CLÍNICO

Hay un inicio abrupto, con horas o días de evolución, dolor periocular dificultad a la movilidad, proptosis, quemosis inyección epibulbar, inyección por encima de la inserción de los músculos rectos, eritema de piel de párpados que es frecuentemente sobresaliente por el septum orbitario, disminución de la agudeza visual y diplopia.

No todos estos signos y síntomas se presentan en los pacientes. La constelación particular de hallazgos depende de que estructura este involucrada:

- Miositis (produce diplopia y dolor a la movilidad ocular).
- Periescleritis e inflamación perioptica (ocasiona disminución de la agudeza visual).
- Dacrioadenitis (eritema de la proricion lateral del párpado en forma de "s").

La pronunciada quemosis, edema palpebral y eritema puede hacer sospechar en una celulitis de la órbita, que generalmente es regida por absceso de senos paranasales en la tomografía computarizada

El examen intraocualr puede revelar estrias en retina, indentación de la

coroides en la región ecuatorial por edema masivo de músculos extraoculares, hiperemia de la cabeza del nervio óptico y edema, si hay inflamación perioptica o periescleritis posterior y células y flare en segmento anterior (extremadamente raro si hay hipopion estéril)

La pars planitis ha sido reportada en un niño de 10 años de edad.

La forma aguda de pseudotumor es extremadamente sensible a altas dosis de prednisona sistémica. La resolución después de la terapia con esteroides deja pocas secuelas aunque puede haber recurrencia en la misma órbita o en la otra órbita.

Los casos subagudos se caracterizan por ser poco fulminantes, con signos y síntomas que se desarrollan en pocas semanas o meses.

En la variedad crónica, los pacientes no presentan una forma explosiva sintomática de proptosis, diplopia o disminución de la agudeza visual a los largo de meses o años, son pocos los datos cutáneos o signos epibulbares de inflamación.

PATOLOGÍA

Histopatológicamente el pseudotumor de la órbita puede mostrar diversas variantes. Muchos casos muestran edema y fibrosis de varios tejidos de la órbita con esparcimiento de células inflamatorias, por lo regular linfocitos, células plasmáticas y eosinófilos.

El proceso inflamatorio puede ser difuso o mostrar predilección por ciertos tejidos como la glándula lagrimal, músculos extraoculares, grasa orbitaria y vasos sanguíneos.

No existe una prueba diagnóstica específica para el pseudotumor de la órbita, por lo tanto es un diagnóstico de exclusión.

TRATAMIENTO

Desafortunadamente no existe un protocolo de tratamiento para el pseudotumor de la órbita.

Las altas dosis de corticoesteroides generalmente son curativas.

La radioterapia es administrada en pacientes que son refractarios a los corticoesteroides.

Puede haber dolor intratable, y la visión puede ser baja después de una neuropatía compresiva.

En casos extraordinarios de dolor y una agudeza visual de no percepción de luz, esta indicada la exenteración

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Nombre: R.R.I

Sexo: Femenino

Edad: 39 años

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES.

Padres. Finado desconoce causas.

Madre. Viva portadora de Artritis Reumatoide.

Hija: Viva con antecedentes de luxación de cadera congénita.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES OPTALMOLÓGICOS.

Interrogados y negados

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

Originaria y residente. Estado de Morelos

Estado civil Casada.

Escolaridad: Primaria terminada.

Ocupación: Cocinera.

Religión: Católica.

Casa habitación: Propia. todos los servicios. convivencia con tres personas.
no promiscuidad ni hacinamiento. Convivio con perros gatos.

Alimentación: Sin restricciones.

Hábitos higiénicos: Baño y cambio de ropa diaria. Aseo dental tres veces al día.

Toxicomanías: Negadas.

Inmunizaciones recientes: Negadas.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICO.

Menarca: 13 años

Ciclos: 28/8 días

IVSA: 17 años, dos compañeros sexuales

Gesta: 06

Aborto: 00

Para: 06.

Cesárea: 00

Método de planificación familiar

D.I.U. Desde hace 10 años utilizándolo, siendo el último cambio hace 3 años.

DOC: Último hace 10 años

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Antecedentes sistémicos: negados

Antecedentes quirúrgicos: Interrogados y negados.

Antecedentes traumáticos Interrogados y negados

Antecedentes transfusionales. Interrogados y negados

Antecedentes alérgicos: Negados

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS OFTALMOLÓGICOS.

Interrogados y negados.

PADECIMIENTO ACTUAL.

Inicia su padecimiento dos años previos a su atención en Centro Medico Nacional Siglo XXI, con cuadros de disminución de la agudeza visual, de cada mes y de forma alterna, (un mes de ojo derecho, al siguiente mes de ojo izquierdo) asociandose de fotopsias y cefalea en hemicara del ojo afectado.

Siendo tratada en su Hospital General Regional con antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos, mostrando mejoría en su sintomatología.

Al presentar nuevo cuadro con disminución de la agudeza visual de ojo izquierdo, es valorada en su Hospital General Regional por los servicios de Medicina Interna, Reumatología (quien descarto Lupus Eritematoso Sistémico) y Radiología (descarto alteración radiológica) y al no presentar respuesta a tratamiento se envia a Centro Medico Nacional Siglo XXI con Diagnostico de Neuritis Óptica izquierda.

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA.

AV: OD 20/30 () NM

OI 20/80 () 20/40

ANEXOS:

AO reborde orbitario integro. cejas y pestañas implantadas adecuadamente. piel de párpados con ligera disminución de la turgencia y elasticidad. hendidura palpebral 10 mm, puntos lagrimales presentes

MOVILIDAD:

A la posición primaria de la mirada en ortoposición

AO Ducciones presentes y sin limitaciones

Versiones sin hipo ni hiperfunción

BIOMICROSCOPIA:

OD conjuntiva con hiperemia simple +, fondo de saco libre, cornea transparente, cámara anterior formada y amplia, acuoso transparente, iris de morfología conservada, pupila redonda, central, y reflectica, cristalino con opacidades subcapsulares posteriores +

OI conjuntiva con hiperemia simple +, fondo de saco libre, cornea transparente, cámara anterior formada y amplia, acuoso transparente, iris de morfología conservada, pupila redonda central y reflectica, cristalino con opacidades subcapsulares posteriores +, tyndall vítreo +.

TONOMETRIA:

Por aplanación: OD 12 mm Hg

OI 12 mm Hg

FONDO DE OJO:

AO papila de características normales, área macular con dispersión de pigmento sin reflejo foveolar, patron vascular adelgazado, con áreas de hipo e

hiperpigmentación en todo polo posterior y periferia. retina aplicada. fondo corioideo ++.

El día 04 de junio de 1997 la paciente es valorada por el Servicio de Retina, sugiriendo los siguientes diagnósticos:

Epiteliopatía placoide focal de ojo izquierdo

Retinosis pigmentaria de ojo derecho

Solicitan Fluorangiografía Retiniana (FAR).

El día 26 de junio de 1997 es enviada al Servicio de Uveítis:

Exploración oftalmológica

AV: OD 20/20

OI 20/200 (.) 20/100

BIOMICROSCOPIA:

AO conjuntiva con hiperemia simple +, fondo de saco libre, cornea transparente, cámara anterior formada y amplia, acuso trasparente, iris de morfología conservada, pupila redonda central y reflectica, cristalino con opacidades subcapsulares posteriores +

LABORATORIOS:

Toxoplasmosis IGG IFI: 1.256

IMG: negativo

FLUORANGIOGRAFÍA RETINIANA:

Presenta patrón de hiperfluorescencia sobre todo en sector temporal bilateral.

Atrofia del epitelio pigmentario retiniano probablemente adquirido debido a proceso de tipo inflamatorio que ha tenido exacerbaciones y remisiones.

Se le realiza audiometría: la cual se muestra sin alteraciones.

Se le realiza la audiometría, para descartar síndrome de Vogt - Koyanagi - Harada.

La paciente un mes después presenta diplopia, seguida de proptosis leve, edema de párpados superior, durante un mes con dicha sintomatología, disminución de la agudeza visual importante de ojo izquierdo desapareciendo con ello la diplopia. Refiriendo exodesviación de ojo izquierdo.

EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA:

AV: OD 20/20

OI CD a 60 cm (.) NM

ANEXOS OD Normal

OI edema de párpado superior y discretamente de párpado inferior

EXOFTALMOMETRIA: con barra de 100 mm OD 17 mm

OI 19 mm

MOVILIDAD:

Con la mirada en posición primaria, se observa exotropia de ojo izquierdo de más de 60 Dp

OD Ducciones sin limitaciones.

OI Limitación a la abducción, infraducción y a la supraducción.

Versiones con hipofunción del músculo oblicuo superior y recto superior, recto medio e inferior

Posición compensadora de la cabeza hacia el lado derecho.

BIOMICROSCOPIA:

OD conjuntiva con hiperemia simple +, fondo de saco libre, cornea transparente cámara anterior formada y amplia, acuoso trasparente, iris de morfología conservada, cristalino con opacidades subcapsulares posteriores +.

OI Conjuntiva con hiperemia mixta ++, no tydall, cristalino con opacidades subcapsulares posteriores +

FONDO DE OJO:

OD Alteración del epitelio pigmentario, difusas de predomnio ecuatorial.

OI Se observa desprendimiento de retina seroso en sector temporal inferior, placas de hipopigmentación dispersas con zonas focales de hiperpigmentación. Fondo coroideo ++

ULTRASONIDO MODO B:

Ojo izquierdo reporta: cámara anterior formada, faco, cavidad vitrea con hemorragia organizada en sector temporal inferior, desprendimiento de retina seroso con importante inflamación y engrosamiento de la coroides. A nivel retroocular se observa área anecoica que mide aproximadamente 11 x 6 mm en sector superior y que desplaza a los músculos superiores

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA DE ÓRBITAS:

Reporta : globo ocular derecho de forma, tamaño y densidad normal.

El globo ocular izquierdo presenta un engrosamiento homogéneo de su pared. Dicha lesión presenta realce con el contraste, sus bordes son bien delimitados y lobulados, dicha imagen se localiza en la pared posterolateral del globo ocular. La grasa orbitaria, los músculos extraoculares y nervio óptico derecho son normales, el nervio óptico izquierdo está medializado y rectificado, las estructuras óseas íntegras.

En el servicio de onco - oftalmología se le realiza biopsia incisional corroborándose histológicamente inflamación crónica leve de glándula lagrimal izquierda (pseudotumor idiopático de la órbita izquierda).

Ha recibido tratamiento con prednisona, con el cual continúa a la fecha, remitiendo proptosis, edema de párpado superior e inferior, pero no ha remitido el desprendimiento de retina seroso.

DISCUSIÓN

Al realizar el reporte de este caso, y documentarlo con bibliografía, el reporte de casos de Pseudotumor idiopático de la órbita y que estén asociados con desprendimiento de retina exudativo, prácticamente no los hay.

Hurtz y colaboradores (14), el Israel en 1993 reportan el caso de una paciente femenina de 68 años de edad, con diagnóstico de Pseudotumor idiopático de la Órbita, la cual curso con elevación de la presión intraocular, desprendimiento coroideo y desprendimiento de retina. Siendo tratada con corticoesteroides, resolviéndose el proceso inflamatorio, y el desprendimiento coroideo de retina se resuelven por igual.

Igarashi y colaboradores (5), en Japón en 1997, reportan el caso de una paciente de 40 años de edad, con edema macular cistoide, lo cual fue el síntoma inicial de un pseudotumor idiopático de la órbita.

Los casos de pseudotumor idiopático de la órbita anterior son poco frecuentes, y la asociación con desprendimiento de retina exudativo es aun más raro.

Mombaerts y colaboradores (14), en 1996, realizan un estudio retrospectivo del año de 1976 a 1994, de pacientes con pseudotumor idiopático de la órbita, llegando a conclusión que los pacientes tratados con esteroides sistémicos el 52 % presentan recurrencia y solo un 37% presentan curación, es de hacer notar que en este estudio se excluyeron los pacientes con pseudotumor de localización anterior (glándula lagrimal y músculos extraoculares).

Del caso presentado, se descartaron alteraciones sistémicas, y la biopsia incisional de glándula lagrimal reporta material de tipo inflamatorio.

El caso presentado, aunque de muy mal pronóstico visual llama la atención, porque se trata de un cuadro poco común de presentación, y que a pesar del tratamiento con esteroides el desprendimiento de retina exudativo no se ha resuelto. No así la proptosis, edema, la cual ya está resuelta.

Se consulta en el servicio de archivo del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el S.I.M.O. (sistema de información médico operativo) de 1996-1997 encontrando los siguientes datos:

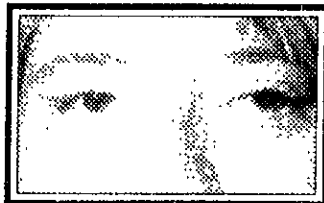
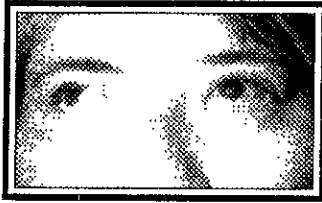
En 1996 se vieron 5 pacientes con trastornos de la órbita (un hombre y 4 mujeres), lo que representa un 0.24% del total de la consulta externa del Servicio de Oftalmología.

En 1997 son 3 pacientes los vistos en la consulta externa con inflamación aguda, de la órbita (2 hombres y 1 mujer) lo que representa un 0.04% de la consulta externa total del Servicio de Oftalmología.

En ese mismo año se revisan 3 pacientes de sexo femenino con inflamación crónica de la órbita lo que representa un 0.01% de la consulta externa total del Servicio de Oftalmología.

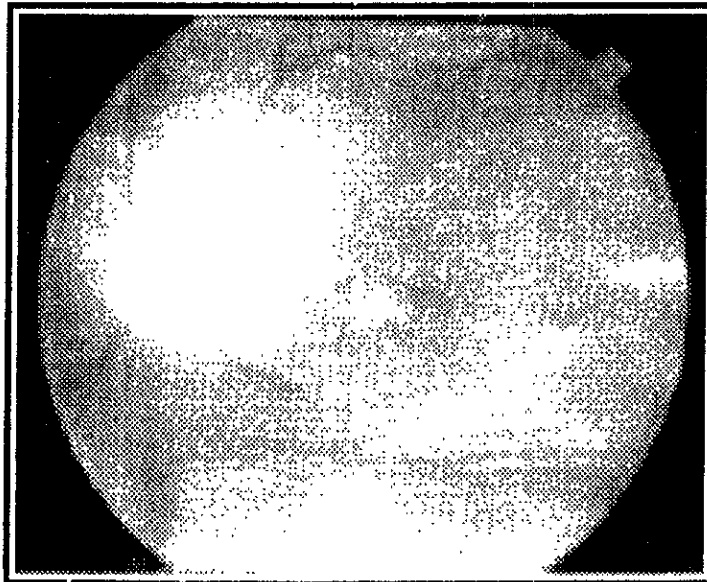
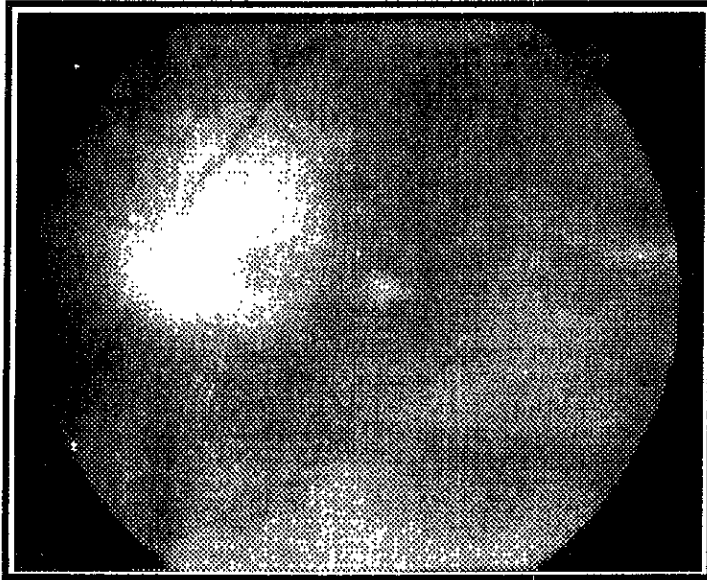
Como puede valorarse la patología de órbita no es muy frecuente en el Servicio de Oftalmología del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI, y no se cuenta con una estadística de pacientes con pseudotumor idiopático de la órbita.

APÉNDICE I



APÉNDICE 2

Fotografías de fondo de ojo izquierdo, observándose desprendimiento de retina exudativo en sector inferior

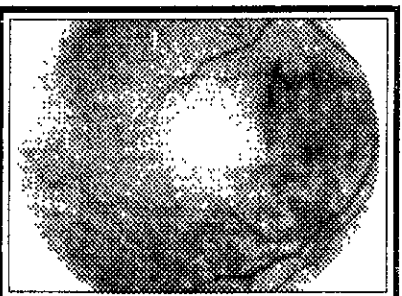
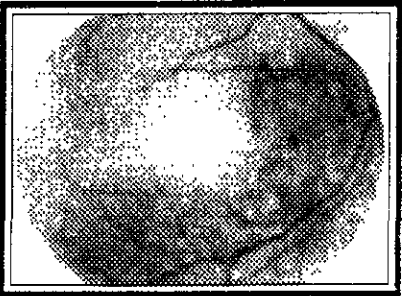
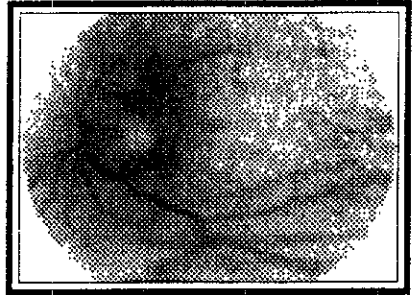
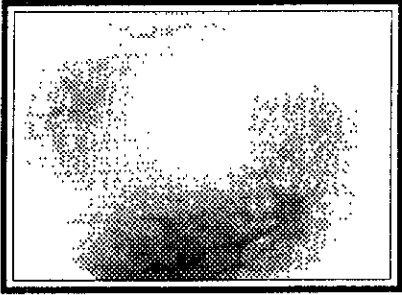
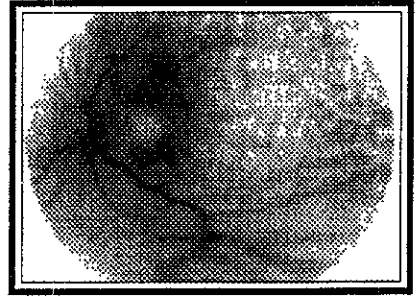


APÉNDICE 3

Ojo derecho

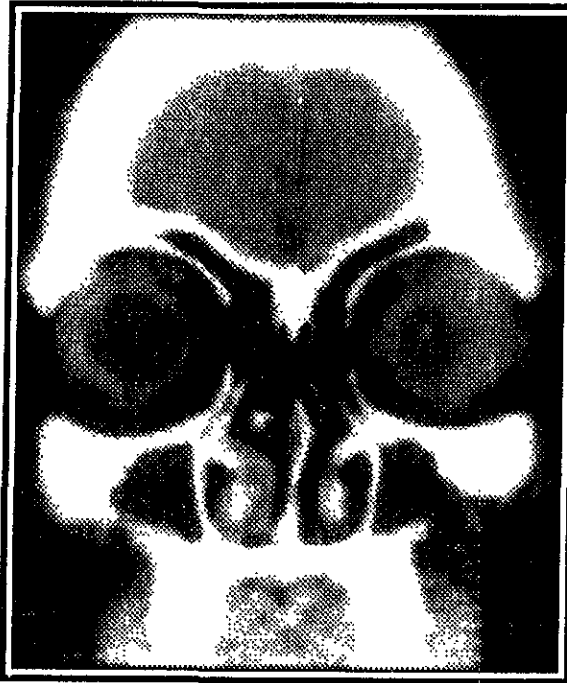
Fluorangiografía retiniana

Ojo izquierdo



APÉNDICE 4

Tomografía axial computarizada de órbitas



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Garner A.Wright J: Inflammatory Orbital Pseudotumor.
Arch Ophthalmol 1978;96: 1817-1822
- 2.- Mombaerts I. Goldschmeding R: What is Orbital Pseudotumor?
Surv Ophthalmol 1996; Vol 41; Num 1: 66-78.
- 3.- Duke - Elder: System of Ophthalmology. London. 1974. Vol 13: Part 2:
5448-5455.
- 4 - Spencer. Ophthalmic Pathology. 4^a Edition USA. WB
Saunders Company 1996 Vol. 4. 2822-2843.
- 5 - Igarashi H. Igarashi S Cystoid Macular Edema as an
Initial Symptom of Inflammatory Orbital Pseudotumor
Ophthalmologica 1997; 211: 236-241
- 6.- Char D. Miller T : Orbital Pseudotumor. Fine-needle
Aspiration Biopsy and Response to Therapy Ophthalmology
1993; Vol 100; Num 11: 1702-1710
- 7.- De laPaz M. Boniuk in fundus Manifestations of Orbital
Disease and Treatment of Orbital Disease. Surv of
Ophthalmol 1995; Vol 40; Num 1: 3-21.
- 8.- Mombaerts I. Renier O. : Idiopathic Granulomatous Orbital

Inflammation. Ophthalmology 1996; Vol 103: Num 12

2135-2141.

9.- Asao C, Korogi Y: Orbital Pseudotumors: Value of Short

Inversion Time Inversion - Recovery MR Imaging.

Radiology 202. 55-59

10.- Flanders A, Mafee M CT Characteristics of Orbital

Pseudotumors and Other Orbital Inflammatory Processes

J Comput Assist Tomogr 13 (1) 40-47

11.- Noguchi H, Kephart G, Campbell J. Tissue Eosinophilia

and Eosinophil Degranulation in Orbital Pseudotumor

Ophthalmology 1991; 98: 928-932

12 - Trocme S, Aldave A. The Eye and the Eosinophil. Surv

of Ophthalmol 1994; 39 241-252

13 - Mombaerts I, Remier, Goldschmeding R Are Systemic

Corticosteroids Useful in the Management of Orbital

Pseudotumors? Ophthalmology 1996; 103: 521-528

14.- Kurtz S, Moisseiev J, Gutman I, Blumenthal M: Orbital pseudotumor

presenting as acute glaucoma with choroidal and retinal detachment. Ger.J.

Ophthalmol 1993 2 (1) 61-62

- 15 -Informe anual de consulta externa S.I.M.O (Sistema de Información Médico Operativo). Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI. 1996

- 16 -Informe anual de consulta externa S.I.M.O. (Sistema de Información Médico Operativo). Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI. 1997