

Este nuevo espacio está destinado a la presentación de un caso clínico a través de una imagen fotográfica o procedente de cualquier exploración complementaria. Se trata de un ejercicio deductivo en el que, partiendo de la imagen, se plantean unas cuestiones que el autor resuelve en la siguiente página.

### Sección coordinada por

Silvia Alarcón. Mútua de Terrassa

## Caso clínico

### Bernardo Sánchez Dalmau

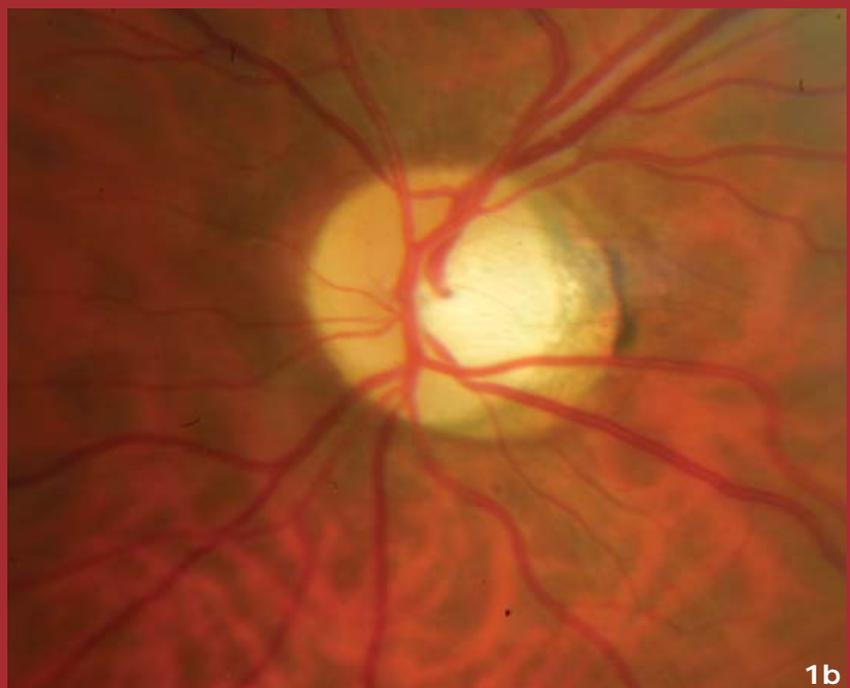
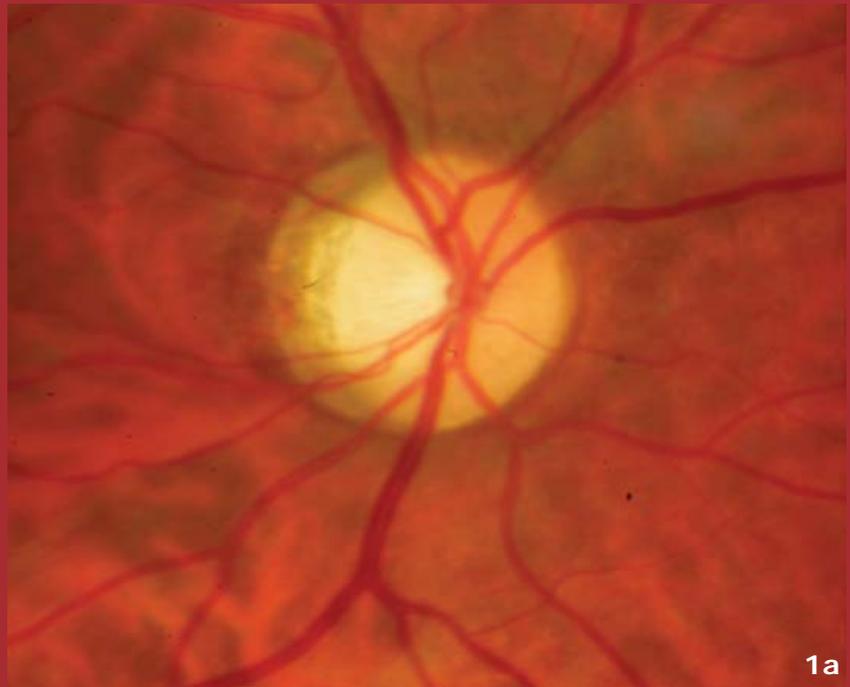
Médico Adjunto. Hospital Mútua de Terrassa.  
Barcelona

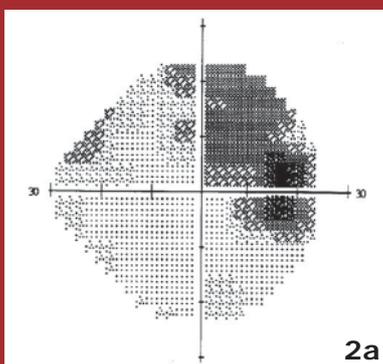
Paciente de 29 años de edad, exfumador de 10 cigarrillos/día hasta hace 2 años, en tratamiento con omeprazol por reflujo gastroesofágico, que acude a valoración oftalmológica tras apreciarse un descenso de visión bilateral en la revisión para la renovación del carnet de conducir.

La exploración mostraba una agudeza visual de 0,5 en ambos ojos que no mejoraba con corrección óptica, polo anterior dentro de la normalidad, PIO de 16 y 17 mmHg en OD y OI respectivamente. Motilidad extrínseca e intrínseca sin alteraciones. El fondo de ojo mostraba unas papilas como se aprecia en las imágenes 1A y 1B. La exploración campimétrica mostraba un escotoma centro-cecal, con extensión temporal bilateral.

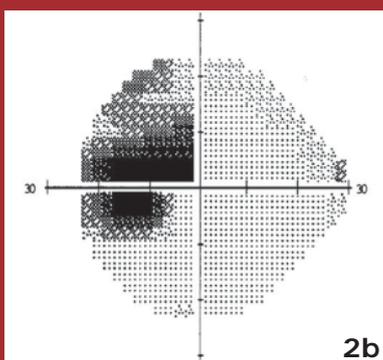
La etiología más probable de su cuadro clínico es:

- Neuropatía alcohol-tabáquica
- Neuropatía por metanol
- Neuropatía nutricional-tóxica
- Atrofia óptica dominante
- Adenoma de hipófisis





2a



2b

## Respuesta

La respuesta es:

d.

### Discusión:

Teniendo en cuenta sus antecedentes, se descartan, la neuropatía alcohol tabáquica ya que no se ha descrito en ex fumadores y su consumo previo era relativamente bajo. La neuropatía por metanol da un cuadro agudo de acidosis metabólica con depresión respiratoria varias horas tras la ingesta de alcohol metílico. En cuanto a la posibilidad de una neuropatía nutricional tóxica, el omeprazol no se ha descrito como causa de neuropatía óptica ni el reflujo gastroesofágico es causa de déficit vitamínico del grupo B (los déficits de B1, B6, B12 y ácido fólico pueden causar neuropatía óptica).

La sospecha clínica de adenoma de hipófisis podría fundamentarse en el aspecto del campo visual, y originaría en casos avanzados una atrofia óptica en banda o en pajarita.

En este caso, el aspecto del disco óptico es muy característico de atrofia óptica dominante (AOD), con una atrofia temporal, de forma triangular, con un creciente grisáceo peripapilar.

La AOD es la forma más frecuente de neuropatía óptica hereditaria. Se han descrito dos formas de presentación en la AOD, una forma infantil, más severa y otra juvenil, más leve, de inicio en la segunda década de vida.

La agudeza visual suele oscilar entre 0,1 y 1,0, con una media de 0,2, siendo superior en un 15% de los casos a 0,5. Característicamente se asocia a discromatopsia azul-amarillo, si bien también se ha descrito una alteración generalizada de la visión de los colores.

Suele dar un escotoma centrocecal bilateral, aunque en algunos casos se puede extender hacia zona temporal superior (como en el caso presentado).

La alteración genética de la AOD se ha descrito en dos loci, el más frecuente (conocido como gen OPA 1) se halla en el cromosoma 3 q28-q29, y uno más raro, descrito en el cromosoma 18 q12.2-12.3.

En la actualidad no es posible el estudio genético de rutina del gen OPA 1 en nuestro país.

Historiando y explorando a la familia del paciente, se apreciaron 3 casos más de AOD.