

Este 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.

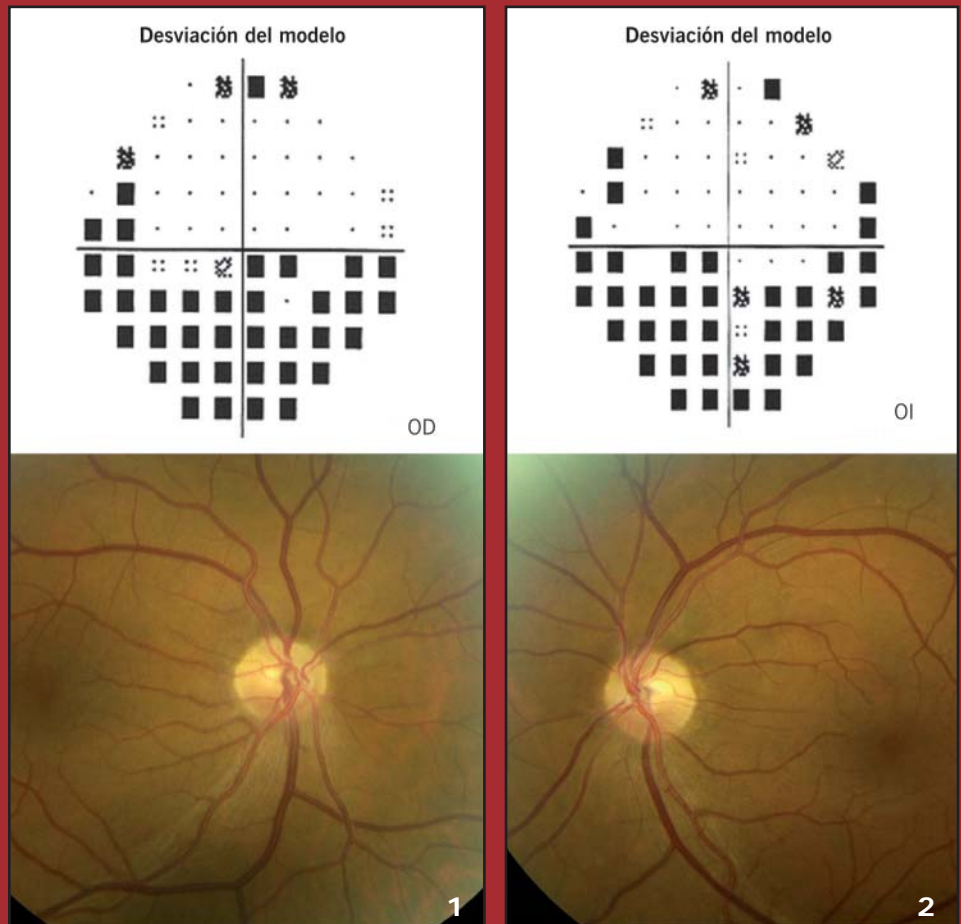


Figura 1. campimetría y retinografía de ojo derecho. Escotoma altitudinal inferior y pérdida de capa de fibras en cuadrante superior del disco

Figura 2. campimetría y retinografía de ojo izquierdo. Escotoma altitudinal inferior y pérdida de capa de fibras en cuadrante superior del disco

Caso clínico

Rafel Alcubierre, Silvia Muñoz

Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

Sección coordinada por
Silvia Alarcón. Hospital Vall d'Hebron
Barcelona

Un varón de 50 años es derivado a la consulta de Neurooftalmología por su oftalmólogo de zona al apreciar hemianopsia inferior bilateral.

El paciente relataba que 5 años antes había notado una pérdida visual brusca e indolora en su ojo derecho (OD), y la aparición de un escotoma en el campo visual inferior que se había mantenido estable desde entonces. Tuvo un episodio similar más recientemente en su ojo izquierdo (OI), lo que motivó la consulta actual con su oftalmólogo. No tenía ningún factor de riesgo cardiovascular salvo el hábito tabáquico. La exploración mostró una agudeza visual de la unidad en ambos ojos y visión de colores en el test de Ishihara fue prácticamente normal (17/20 en OD y 20/20 en OI). El segmento anterior

era normal y la presión intraocular era 12 y 11 mmHg en OD y OI respectivamente. No se apreció defecto pupilar aferente relativo y la campimetría mostró un defecto altitudinal inferior prácticamente simétrico en ambos ojos. El examen de fondo de ojo se muestra en las retinografías (Figuras 1 y 2).

En base a estos hallazgos, ¿cuál es el diagnóstico más probable?

- a. Neuritis óptica desmielinizante.
- b. Neuropatía óptica isquémica anterior bilateral.
- c. Neuropatía óptica de Leber.
- d. Compresión quiasmática por proceso expansivo supraselar.

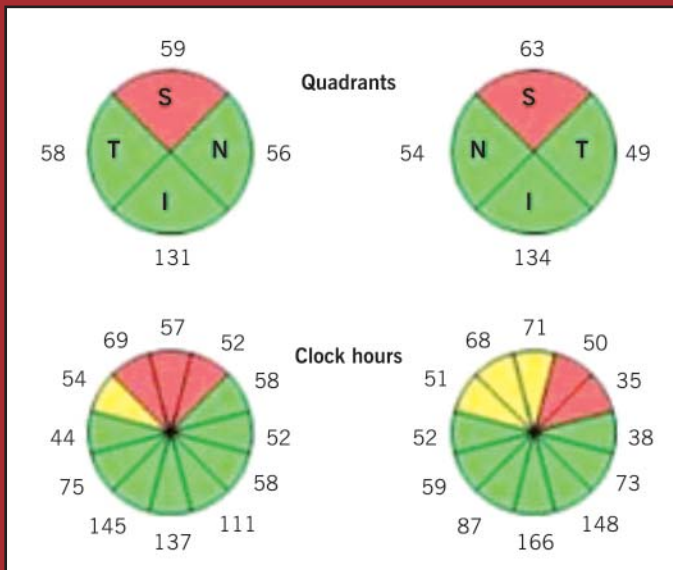


Figura 3. OCT de nervio de ambos ojos. Adelgazamiento de la capa de fibras en los sectores superiores

Respuesta correcta: **B**

La respuesta correcta es la segunda, neuropatía óptica isquémica anterior (NOIA) bilateral. Su presentación clínica típica es referida por el paciente como pérdida visual monocular brusca e indolora, habitualmente percibida al despertar en forma de escotoma altitudinal; cursa con edema de papila en fase aguda y evoluciona a la atrofia del nervio óptico en 4 -6 semanas. En este caso, se puede observar una pérdida muy selectiva de la capa de fibras nerviosas en la porción superior de ambos nervios ópticos. No se aprecia palidez papilar franca por la morfología repleta del disco y su afectación sectorial, lo que puede pasar inicialmente inadvertido. La obtención de una tomografía de coherencia óptica (OCT) del nervio (Figura 3) confirma la pérdida de tejido neural en los cuadrantes superiores secundaria a la atrofia segmentaria producida tras una NOIA.

La neuritis óptica de causa desmielinizante, que suele acompañarse de dolor retroocular, podría producir atrofia óptica bilateral; sin embargo tras la fase aguda habría una recuperación del defecto del campo visual. La neuropatía óptica hereditaria de Leber, más frecuente en varones, se puede presentar de manera indolora y secuencial como en este caso. En fase crónica también se establece la atrofia óptica, aunque por regla general la agudeza visual en estos pacientes suele ser muy baja, con evolución a visiones inferiores a 0.1. Por último, la neuropatía óptica por compresión quiasmática afecta los campos visuales temporales con preservación de los campos nasales. En fases iniciales el fondo de ojo puede ser normal, y posteriormente se apreciaría una palidez “en banda” o

“en pajarita” en la porción central del disco óptico. Esto es debido a la compresión de los axones que se decusan en el quiasma, que corresponden a los sectores nasal y temporal del disco, respetando los axones de los cuadrantes superior e inferior.

Debe recordarse que hasta un 25% de los pacientes afectados por una NOIA no arterítica pueden desarrollar la afectación en el ojo contralateral al cabo de meses o años, como ocurrió con nuestro paciente, al que se recomendó deshabituación tabáquica así como estudio y control de factores de riesgo cardiovascular por su médico de atención primaria. Dentro de este control, es importante evitar en pacientes hipertensos, la toma de fármacos hipotensores en las horas previas al sueño, pues la hipotensión arterial nocturna es un factor de riesgo implicado en la patogénesis de la NOIA que no debe ser subestimado.

Bibliografía

1. Arnold A. *Ischemic Optic Neuropathy*. En: Walsh & Hoyt's Clinical Neuro-Ophthalmology, 6th Edition. Philadelphia: Ed Lippincott Williams & Wilkins, 2005;350-84.
2. Wilhelm H, Schieffer U. Optic Disc Signs and Optic Neuropathies. En: *Clinical Neuro-Ophthalmology*. A practical guide. Ed Schieffer, Wilhelm, Hart. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2007;110-25.
3. Monés A, Muñoz S, Arruga J. Protocolo diagnóstico terapéutico: neuropatías ópticas agudas en mayores de 45 años. *Ann Oftalmol*. 2011;19:46-56.