

Sospecha de glaucoma a tensión normal, un reto diagnóstico: a propósito de un caso clínico

The Diagnostic challenge of normal tension glaucoma: A case report

DP. Pinilla-Fuentes^{1,2}, B. Torrellas-Darvas¹, A. Barkat Mustafá Ikhlāq¹, C. Castella Capsir¹

¹Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona. ²Universitat Rovira i Virgili URV. Tarragona.

Correspondencia:

Diana Paola Pinilla Fuentes

E-mail: dpinillaf@gmail.com

Resumen

Se presenta a través del caso clínico de una paciente de 72 años de edad, quien consultó por disminución de agudeza visual y aparición de escotoma central en ojo derecho, el reto que representa la aproximación diagnóstica de glaucoma a tensión normal. Cabe destacar que es un diagnóstico de exclusión una vez descartadas otras alteraciones de la vía óptica.

Palabras clave: Glaucoma a tensión normal. Escotoma central. Diagnóstico de exclusión.

Resum

Es presenta a través d'un cas clínic d'una pacient de 72 anys d'edat, que va consultar per disminució d'agudeza visual y aparició d'un escotoma central en l'ull dret, el repte que suposa l'aproximació diagnòstica de glaucoma a tensió normal. Cal destacar que és un diagnòstic d'exclusió una vegada descartades altres alteracions de la via òptica.

Paraules clau: Glaucoma a tensió normal. Escotoma central. Diagnòstic d'exclusió.

Abstract

Normal tension glaucoma represents a diagnostic challenge, it is presented through the clinical case of a 72-year-old patient, who complained of decreased visual acuity and a central scotoma in the right eye. It should be remarked that Normal tension glaucoma is a diagnosis of exclusion once other pathologies in the optic pathway have been ruled out.

Key words: Normal tension glaucoma. Central scotoma. Diagnosis of exclusion.

Trabajo presentado en el 49è Congrés de la Societat Catalana d'Oftalmologia.

Introducción

El glaucoma de tensión normal (GTN) es un tipo de neuropatía del nervio óptico, con excavación y atrofia del anillo neuroretiniano, que avanza de forma progresiva y se engloba dentro de la entidad conocida como glaucoma primario de ángulo abierto (GPAA)¹. Ambas comparten algunas características similares, con la diferencia de que el glaucoma normotensivo presenta valores de Presión Intraocular (PIO) dentro de la normalidad, los cambios en el campo visual causan mayor daño central y defectos de sensibilidad más profundos ya que las fibras nerviosas se dañan más significativamente en la parte central de la retina y el daño tiene un carácter más focal. La excavación del disco óptico suele ser más ancha y profunda. Se presentan vasoespasmos, hipotensión sistémica nocturna, reducción del pulso ocular y fluctuaciones de la presión de perfusión ocular, observándose venas retinianas estrechas y disminución en las características hemorreológicas de la sangre^{2,3}.

Históricamente, el término glaucoma siempre ha ido asociado a unos valores de PIO elevados. Sin embargo, al comenzar a describirse casos de neuropatía del nervio óptico asociada al aumento de la excavación papilar y pérdida de visión con valores normales de PIO se comenzó a entender mejor la fisiopatología del glaucoma. De esta forma se llegó a la conclusión de que, aunque el aumento de la presión intraocular es uno de los principales factores de riesgo de presentar este tipo de neuropatía, no es condición indispensable para la misma⁴. Múltiples estudios describen que los cambios presentados en el GTN no se deben exclusivamente a la atrofia del disco óptico, sino también otras causas, principalmente de origen vascular⁵.

El glaucoma es la segunda causa de ceguera en el mundo. Al ser una patología irreversible, la importancia de su manejo reside en el diagnóstico y tratamiento precoz para ralentizar el progreso de la enfermedad⁶.

Es una patología que no suele presentar síntomas evidentes en sus estadios iniciales. Habitualmente el diagnóstico precoz se basa en la detección de una elevación en la presión intraocular y el hallazgo de un aumento en la excavación del nervio óptico en el fondo de ojo⁷. Esto nos plantea una dificultad a la hora de diagnosticar el glaucoma de tensión normal.

El objetivo de este artículo consiste en presentar a través de un caso clínico las dificultades durante el diagnóstico y seguimiento de una paciente con sospecha de glaucoma a tensión normal.

Caso clínico

Se presenta el caso clínico de una mujer de 72 años quien consulta por disminución progresiva de agudeza visual en ojo derecho (OD). Como antecedentes personales generales la paciente presenta hipertensión arterial, y refiere antecedentes familiares de glaucoma; y, a nivel oftalmológico, se le habían realizado iridotomías YAG bilaterales previamente. En las visitas rutinarias de control a la paciente se le había realizado: examen de agudeza visual, PIO, exploración y pruebas complementarias [campimetría y Tomografía de Coherencia Óptica (OCT) de nervio óptico (NO)] resultando ser normales.

En la exploración física en enero de 2017, la paciente presentó una mejor agudeza visual corregida (MAVC) de 0,3 en OD y de 1,0 en ojo izquierdo (OI), PIO de 20 mmHg en ambos ojos y paquimetría con valores de 569 y 578 nm respectivamente. A la biomicroscopía se evidenciaban iridotomías permeables, la presencia de una catarata cortical nuclear de primer grado en OD y, en la gonioscopia ángulo iridocorneal grado 3, sin sinequias. En el examen fundoscópico, la papila óptica era de coloración normal con una excavación simétrica de 0,5 en ambos ojos, sin otros datos relevantes. Se realizó OCT macular que también era normal. En la campimetría existían algunos puntos de disminución de la sensibilidad no específicos de glaucoma. Ante los hallazgos poco concluyentes se plantea a la paciente iniciar tratamiento con Latanoprost y realizar cirugía de catarata del ojo derecho (Figura 1).

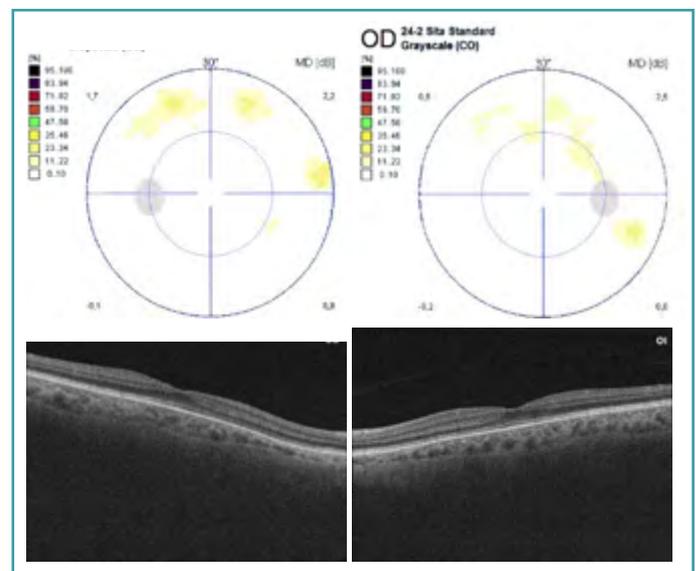


Figura 1. CV 24.2 inicial y OCT mac (Enero 2017).

En el postoperatorio de la cirugía de catarata agosto de 2017, la paciente refiere persistencia de baja visión en OD, constatado en la exploración con MAVC 0,3 y campimetría 24,2 sin cambios. Ante esta situación se decide una valoración conjuntamente con el retinólogo, constatando una asimetría con aumento en la excavación papilar en el OD, y en la OCT de NO se evidenciaba un adelgazamiento temporal del anillo neuroretiniano, por lo que se planteó el diagnóstico diferencial entre una neuropatía óptica isquémica anterior (NOIA) no arterítica *versus* un glaucoma a tensión normal. Se realizaron diversas pruebas complementarias como Electrorretinograma (ERG) y Potenciales Evocados visuales

(PEV) reportados como normales, lo que descartaba alteraciones de la retina y de la vía visual respectivamente. La Resonancia magnética (RM) cerebral era normal, en la que se descartó patología de la vía óptica, y un campo visual (CV) 10-2 que mostró escotoma paracentral tipo Bjerrum. Al excluir otras patologías se propuso el diagnóstico de GTN. En los seguimientos la paciente mantuvo cifras tensionales bajas y progresión del escotoma paracentral tipo Bjerrum sin afectación del ojo contralateral, por lo cual se intensificó el tratamiento tópico y se recomendó control de cifras tensionales por parte de su médico de cabecera (Figuras 2, 3 y 4).

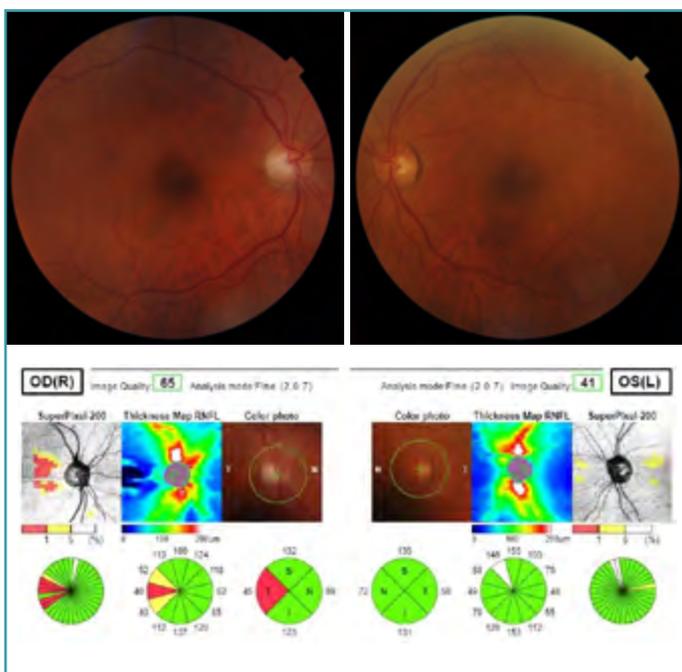


Figura 2. Retinografía y OCT no (Septiembre 2017).

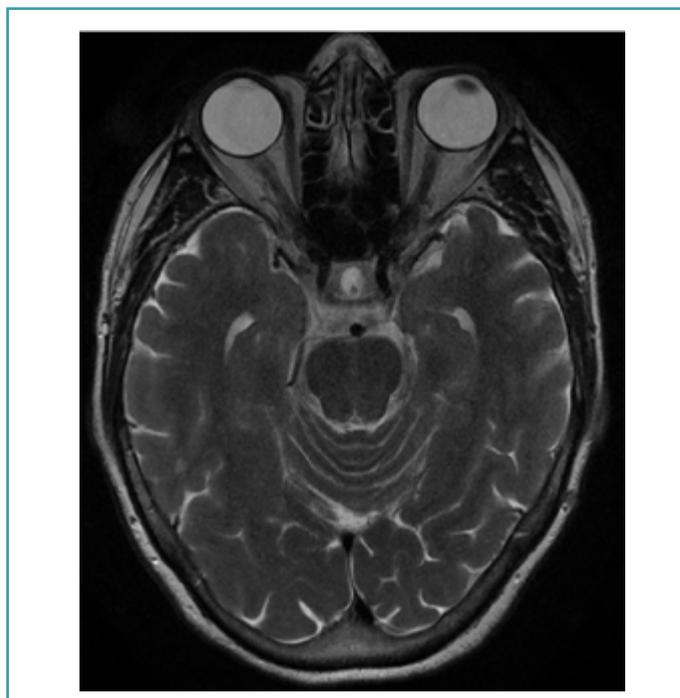


Figura 3. RM cerebral (Septiembre 2017).

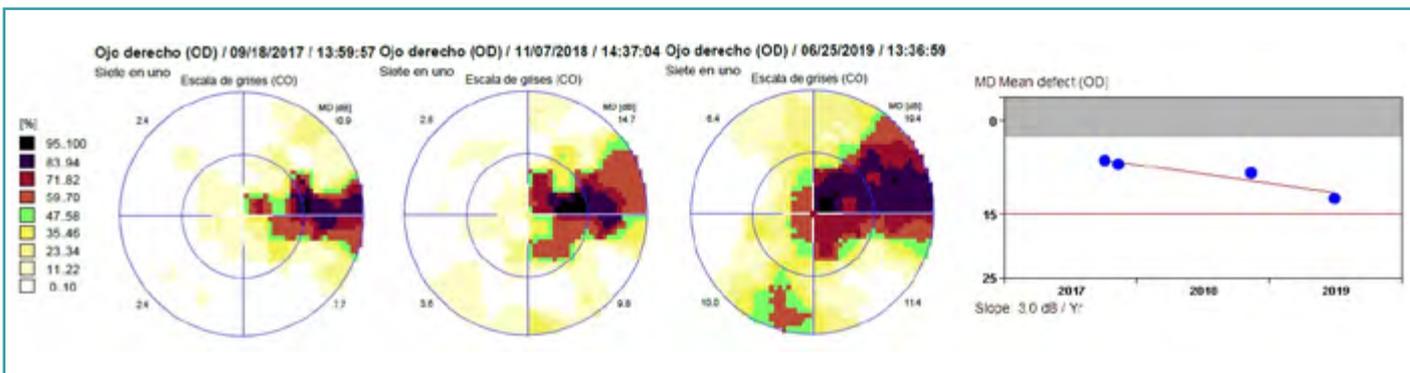


Figura 4. Evolución CV 10.2 OD (Septiembre 2017).

Este caso representa la dificultad diagnóstica de los glaucomas a presión normal, lo que suele conllevar un retraso en la identificación y manejo de la patología. Cabe destacar la importancia de pedir un CV 10,2 y pensar en GTN en un paciente con presiones intraoculares normales y defectos campimétricos a nivel central que progresan.

Conclusión

El glaucoma de tensión normal se debe considerar como un diagnóstico de exclusión en muchos casos, pudiendo formar parte de un trastorno vascular asociado, aunque es más frecuente en personas hipotensas arteriales, por lo que es necesario descartar otras alteraciones de la vía óptica y contemplar posibles trastornos circulatorios concomitantes, incluso en el acto quirúrgico intraocular.

Bibliografía

1. Esporcatte BL, Tavares IM. Normal-tension glaucoma: an update. *Arg Bras Oftalmol*. 2016;79(4):270-6.
2. Chang M, Yoo C, Kim SW, Kim YY. Retinal Vessel Diameter, Retinal Nerve Fiber Layer Thickness, and Intraocular Pressure in Korean Patients with Normal-Tension Glaucoma. *Am J Ophthalmol*. 2011;151:100-5.
3. Cheng HC, Chan CM, Yeh SI, Yu JH, Liu DZ. The Hemorheological Mechanisms in Normal Tension Glaucoma. *Curr Eye Res*. 2011;36:647-53.
4. Killer HE, Pircher A. Normal tension glaucoma: review of current understanding and mechanisms of the pathogenesis. *Eye*. 2018;32:924-30.
5. Lestaka J, Jiraskovac N, Zakovaa M, Stredovac M. Normotensive glaucoma. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. 2018;162(4):272-5.
6. Quigley HA, Broman AT. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. *Br J Ophthalmol*. 2006;90:262-7.
7. Collaborative Normal-Tension Glaucoma Study Group. The effectiveness of intraocular pressure reduction in the treatment of normal-tension glaucoma. *Am J Ophthalmol*. 1998;126:498-505.
8. Chen Y, Hughes G, Chen X, Qian S, Cao W, Wang L, et al. Genetic variants associated with different risks for high tension glaucoma and normal tension glaucoma in a chinese population. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2015;56(4):2595-600.