

Pérdida visual transitoria

Transient vision loss

C. Gómez Gutiérrez, A. González Martínez, L. Castillo, M. Llago

Resumen

La pérdida visual transitoria (PVT) es un síntoma de consulta frecuente tanto para oftalmólogos como neurólogos y puede ser el síntoma inicial de enfermedades que ponen en peligro la visión e incluso la vida. Resulta de suma importancia realizar una anamnesis detallada del paciente y una exploración oftalmológica completa que permita orientar la posible causa subyacente y seleccionar las pruebas complementarias adecuadas para poder detectar aquellas entidades que podrían ocasionar una pérdida visual irreversible u otras afectaciones neurológicas invalidantes.

Palabras clave: Pérdida visual transitoria. *Amaurosis fugax*. Migraña. Ictus.

Resum

La pèrdua visual transitòria (PVT) és un símptoma freqüent de consulta, tant per oftalmòlegs com per neuròlegs, i pot ser el símptoma inicial de malalties que posen en perill la visió i, fins i tot, la vida. Resulta molt important realitzar una anamnesi detallada del pacient i una exploració oftalmològica completa que permeti orientar la possible causa subjacent i seleccionar les proves complementàries adequades per poder detectar aquelles entitats que podrien ocasionar una pèrdua visual irreversible o altres afectacions neurològiques invalidants.

Paraules clau: Pèrdua visual transitòria. *Amaurosi fugax*. Migranya. Ictus.

Abstract

Transient vision loss (TVL) is a common symptom reported by patients to both the ophthalmologist and neurologist and may serve as a harbinger of vision-threatening and even life-threatening disease. A detailed anamnesis of the patient, a complete ophthalmological examination and select the appropriate complementary tests is important to carry out to guide the possible underlying cause to be able and detect those entities that could cause irreversible visual loss or other disabling neurological affectations.

Key words: Transient vision loss. *Amaurosis fugax*. Migraine. Ictus.

1.5.1. Pérdida visual transitoria

Transient vision loss

C. Gómez Gutiérrez^{1,2}, A. González¹, L. Castillo¹, M. Llago¹

¹Servicio de Oftalmología. Sección de Neurooftalmología. Institut Català de la Retina. Barcelona. ²Servicio de Oftalmología. Sección de Neurooftalmología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Correspondencia:

Cecilia Gómez Gutiérrez

E-mail: macecigg@gmail.com

Caso clínico

Una mujer de 73 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y osteopenia en tratamiento farmacológico con amlodipino, hidroclorotiazida, simvastatina y vitamina D, operada de cataratas en ambos ojos, consultó por dos episodios en las últimas tres semanas de defecto altitudinal superior en el ojo derecho de aproximadamente 3-5 minutos de duración, sin otros síntomas asociados. Presentaba a la exploración una agudeza visual (AV) de 1 en ambos ojos, sin alteraciones en la motilidad ocular intrínseca (MOI) y extrínseca (MOE). En la exploración con lámpara de hendidura, no se hallaron anomalías en el segmento anterior ni en el posterior.

Se le realizó una analítica de urgencias con hemograma, velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C-reactiva (PCR), con resultados dentro de la normalidad. Ante la sospecha de origen isquémico de los episodios, se completó con un estudio cardiovascular y con resonancia magnética (RM) craneal. La ecografía dúplex de troncos supraaórticos mostró una estenosis leve de ambas carótidas internas, por lo que se decidió antiagregar con ácido acetilsalicílico 100 mg/día. El ecocardiograma no mostró alteraciones y, en la RM craneal, presentaba lesiones hipóxico-isquémicas crónicas de pequeño vaso. En el seguimiento oftalmológico (seis meses) no se han repetido nuevos episodios de PVT.

Discusión: pérdida visual transitoria

La PVT se define como una alteración visual de duración inferior a 24 horas, con recuperación completa posterior¹. La etiología es variada y clínicamente se puede presentar de forma monocular (PVTM) que orienta más hacia una causa oftalmológica o de vía visual anterior o binocular (PVTB) que hará pensar más en alteraciones que afecten al quiasma o a la vía visual posterior².

El término de *amaurosis fugax* es utilizado para describir la pérdida de visión transitoria secundaria a posible patología tromboembólica¹ (Figura 1).

Las causas de PVTM se pueden clasificar en tres grandes grupos: vasculares (isquemia retiniana, coroidea, orbitaria), propiamente oculares (cierre angular intermitente, hipema, ojo seco) y de nervio óptico (drusas, edema de papila)³ (Tabla 1).

Las causas de PVT binocular se pueden solapar con las monoculares (por ejemplo, tromboembólica, auras migrañosas atípicas) o tener otra etiología, incluidas las crisis epilépticas de la corteza occipital y la hipertensión intracraneal con papiledema, entre otras (Tabla 2). Los episodios de PVTB pueden llegar a ser un reto diagnóstico, como es el caso de los episodios homónimos donde, en muchas ocasiones, los pacientes no notan el déficit nasal y se centran solo en el lado de la pérdida temporal, asumiendo, por

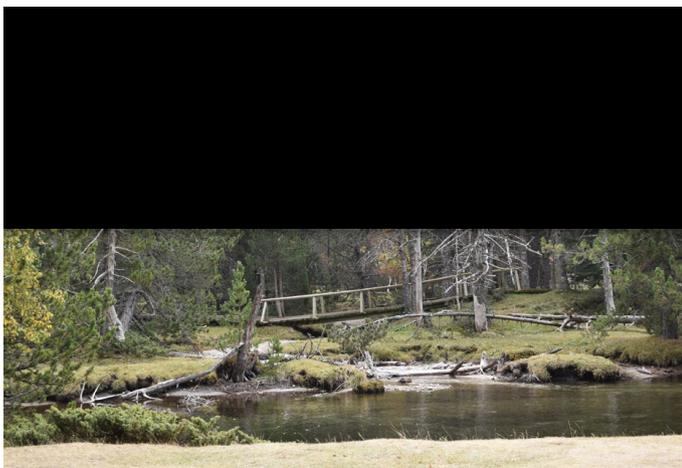


Figura 1. Defecto altitudinal superior. Los defectos altitudinales tienen más probabilidades de tener una causa cardioembólica o carotídea que los defectos difusos.

ejemplo, que una hemianopsia izquierda fue en realidad una pérdida visual monocular izquierda³.

Las PVT binoculares homónimas (Figura 2) suelen deberse a una de estas tres causas: accidente isquémico transitorio, aura migrañosa o hemianopsia ictal (convulsión occipital). En el aura migrañosa de características típicas, existen escotomas positivos

Homónima	Difusa o en túnel
Accidente isquémico transitorio	Edema de papila bilateral
Convulsiones del lóbulo occipital	Migraña basilar
Aura migrañosa	Hipoperfusión cerebral

Tabla 2. Causas de pérdida de visión transitoria binocular.

Vascular	Patología ocular	Patología de nervio óptico
Isquemia orbitaria	Ojo seco	Papiledema (oscurecimientos visuales transitorios)
Isquemia retiniana	Queratocono	Drusas de nervio óptico
Isquemia de nervio óptico	Hipema	Anomalías congénitas
Isquemia coroidea	Cierre angular intermitente	Compresión de nervio óptico (PVT relacionado con movimientos oculares)
“Migraña retiniana” PVT monocular vasoespástico		Fenómeno de Uhthoff (desmielinización)

PVT: pérdida visual transitoria.

Tabla 1. Causas de pérdida de visión transitoria monocular.

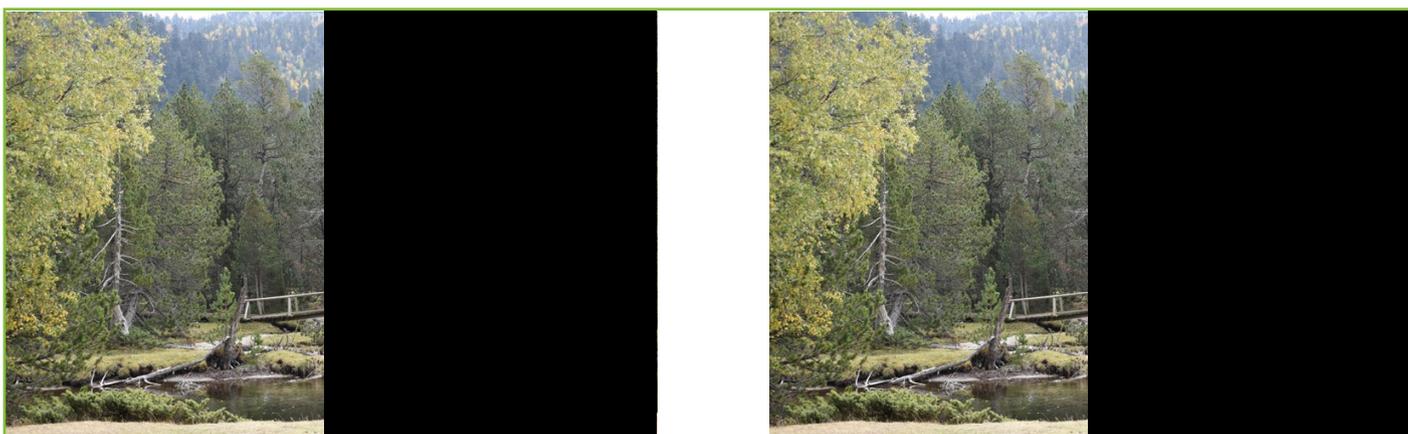


Figura 2. Defecto homónimo, relacionado en su mayoría con origen en corteza visual.



Figura 3. Escotoma centelleante con imagen desenfocada, más frecuente como presentación de aura visual migrañosa.

centelleantes, una media luna en zigzag (Figura 3) o luces intermitentes, que aumentan gradualmente de tamaño, con una duración promedio de 15 minutos pero, en ocasiones, puede persistir durante 60 minutos¹.

Los defectos no homónimos de PVTB, por lo general, se deben a hipoperfusión temporal, incluyendo la hipotensión ortostática, hipoglucemia o anoxia intermitente, y suelen describirse como “un desvanecimiento” de la visión generalizada de ambos ojos que progresa de la periferia hacia el centro. El ojo seco también puede producir PVTB no homónima, descrito generalmente como “visión borrosa”, que mejora con el parpadeo o lágrimas artificiales¹.

Los pacientes con edema de papila (de causa inflamatoria, compresiva, infecciosa y papiledema) pueden presentar episodios de PVT tanto binocular como monocular. Suelen ser los denominados oscurecimientos visuales transitorios de menos de 30 segundos de duración, relacionados con los cambios posturales¹. En la hipertensión intracraneal idiopática con papiledema, estos episodios son el segundo síntoma más frecuente, presente en el 68% de los casos⁴.

Algoritmo diagnóstico de pérdida visual transitoria

Inicialmente, la anamnesis del paciente deberá incluir una descripción detallada del episodio: el tipo de defecto, cómo se inició y su progresión, si es monocular o binocular, el tiempo de duración, si existen síntomas visuales y sistémicos asociados, el número de

episodios y si fue desencadenada por alguna maniobra específica (cambios de postura, movimiento ocular)³.

Dentro de la valoración del paciente con una PVT, se deberán tener en cuenta los antecedentes médicos generales (enfermedades, cirugías, tratamientos farmacológicos) y oftalmológicos (enfermedades, cirugías, etc.).

La exploración oftalmológica básica a realizar incluirá AV, MOI, MOE, exploración del segmento anterior, presión intraocular y fondo de ojo bajo midriasis. En función de los hallazgos y sospechas, se podrán realizar otras pruebas complementarias oftalmológicas, como la campimetría visual automatizada, la ecografía, la autofluorescencia, la angiografía fluoresceínica o con verde de indocianina y la tomografía de coherencia óptica papilar y/o macular.

Las pruebas complementarias se solicitarán en función de la sospecha etiológica de la PVT.

La PVT de origen vascular es la consecuencia de una isquemia retiniana transitoria y puede ser clasificada como un accidente isquémico transitorio (AIT), estando así asociado a un aumento de morbimortalidad cerebrovascular y cardiovascular. Se asocia con una mayor prevalencia de hallazgos de isquemia cerebral aguda en la RM craneal, igual que las oclusiones agudas de las arterias retinianas.

Hay estudios que indican que hasta el 18% de los pacientes con PVTM vascular aislada tuvieron una RM craneal alterada cuando se realizó dentro de los primeros siete días tras la pérdida visual, y los pacientes con alteración en la neuroimagen tienen un mayor riesgo de eventos isquémicos recurrentes que aquellos sin alteración en RM. Sigue siendo menos probable un ictus cerebral concurrente en comparación con pacientes con disfunción visual permanente por oclusión arterial retiniana, pero es esencial una evaluación rápida por las unidades de ictus⁵.

En general, las PVTM en que se sospeche etiología vascular se deberán derivar a urgencias generales para valorar la realización de neuroimagen cerebral, ecografía dúplex de troncos supraaórticos, ecocardiograma y analítica general que incluya hemograma, VSG y PCR para descartar arteritis de células gigantes.

En los pacientes donde el estudio inicial de aterosclerosis y valoración cardiovascular sean normales, se planteará un estudio de hipercoagulabilidad con electroforesis de proteínas séricas, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina,

anticuerpos antifosfolípidos, homocisteína sérica, proteína C y S, antitrombina III, factor V Leiden y mutación del gen de la protrombina⁶.

La PVTB homónima deberá asumirse también como un AIT, sobre todo en pacientes mayores con fenómenos negativos homónimos de escasos minutos de duración, y se deberá actuar como tal hasta que se demuestre lo contrario.

En los casos de PVTB con defectos homónimos sugestivos de migraña o convulsión occipital donde los síntomas sean nuevos, estén presentes constantemente en el mismo campo visual o en pacientes mayores de 40 años, deberá valorarse hacer neuroimagen para descartar una etiología estructural¹.

Conclusión

Ante un paciente con episodio de PVT, el interrogatorio de las características del episodio y la exploración oftalmológica son fundamentales para esclarecer la etiología, y ante la sospecha

de un AIT, no se deberá retrasar la valoración por un equipo multidisciplinar de ictus.

Bibliografía

1. Tandon A, Dinkin M. Transient Visual Loss. *Int Ophthalmol Clin.* 2019; 59(3):83-98.
2. Biouesse V, Trobe JD. Transient Monocular Visual Loss. *Am J Ophthalmol.* 2005;140(4):717-21.
3. Pula J, Kwan K, Yuen C, Kattah J. Update on the evaluation of transient vision loss. *Clin Ophthalmol.* 2016;10:297-303.
4. Wall M, Kupersmith MJ, Kiebertz KD, Corbett JJ, Feldon SE, Friedman DI, et al. The idiopathic intracranial hypertension treatment trial: clinical profile at baseline. *JAMA Neurol.* 2014;71(6):693-701.
5. Helenius J, Arsava EM, Goldstein JN, Cestari DM, Buonanno FS, Rosen BR, et al. Concurrent acute brain infarcts in patients with monocular visual loss. *Ann Neurol.* 2012;72(2):286-93.
6. Muñoz-Negrete FJ, Casas-Lleras P, Pérez-López M, Rebolledo G. Estudios de Hipercoagulabilidad en oftalmología ¿Qué pedir y cuándo? *Arch Soc Esp Ophthalmol.* 2009;84(7):325-32.