

Disminución de agudeza visual unilateral con edema de papila y estrella macular

Unilateral vision loss with optic disc swelling and macular star

N. Martín-Begué

Resumen

La neurorretinitis es una neuropatía óptica unilateral caracterizada por edema de la papila asociado a exudación en el área macular. Suele ser un cuadro idiopático o infeccioso. No existe consenso en su tratamiento.

Palabras claves: Neurorretinitis. Edema de papila. Estrella macular. Enfermedad de arañazo del gato.

Resum

La neurorretinitis és una neuropatia òptica unilateral caracteritzada per edema de la papil·la associat a exsudació en l'àrea macular. Sol ser un quadre idiopàtic o infecciós. No està clarament establert el seu tractament.

Paraules claus: Neurorretinitis. Edema papil·la. Estrella macular. Malaltia de l'esgarrapada del gat.

Abstract

Neuroretinitis is a unilateral optic neuropathy characterized by optic disc oedema associated with exudation in the macular area. It is usually an idiopathic or infectious condition. There is not a clear evidence to support a specific treatment strategy for neuroretinitis.

Key words: Neuroretinitis. Optic disc oedema. Macular star. Cat scratch disease.

1.6.2. Disminución de agudeza visual unilateral con edema de papila y estrella macular

Unilateral vision loss with optic disc swelling and macular star

N. Martín-Begué

Unidad de Oftalmología Pediátrica. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Correspondencia:

Nieves Martín-Begué

E-mail: nmartin@vhebron.net

Caso clínico

Una mujer de 13 años acude a la consulta de urgencias por disminución de visión del ojo izquierdo de cinco días de evolución sin otra clínica acompañante. Se trataba de una paciente sana, con controles por pediatría normales y sin antecedentes de infecciones víricas, vacunaciones, traumatismos oculares o ingesta de fármacos en los últimos meses.

En la exploración oftalmológica, se detectó una agudeza visual de la unidad en el ojo derecho y cuenta dedos a 1 metro en el ojo izquierdo. La visión de colores era normal en el ojo derecho y 6/20 en el ojo izquierdo. Presentaba un defecto pupilar aferente relativo izquierdo. La biomicroscopía fue normal en ambos ojos. En la exploración del fondo de ojo, se observó un edema de papila con ingurgitación y tortuosidad vascular en el ojo izquierdo, mientras que la papila derecha era normal (Figura 1).

Se realizó una resonancia magnética (RM) cerebral que fue normal, excepto por la protrusión y el realce del nervio óptico en su porción intraocular del ojo izquierdo (Figura 2). Se realizaron

unos potenciales visuales evocados que fueron normales en el ojo derecho y mostraron una disminución de la amplitud, pero con latencias normales en el ojo izquierdo.

Se solicitaron serologías (toxoplasma, *Bartonella henselae*, *Borrelia burgdorferi* y sífilis), que fueron negativas. El hemograma y la enzima convertidora de la angiotensina fueron normales. También se realizó una radiografía de tórax que fue normal y una prueba de Mantoux que fue negativa. A la semana, la visión había mejorado, y en la exploración del fondo de ojo, se apreció una exudación en el área macular (Figura 3) que confirmó el diagnóstico de neurorretinitis.

Dada la mejoría espontánea de la visión y la negatividad de todos los estudios serológicos, se decidió no realizar tratamiento antibiótico sistémico, con mejoría progresiva de la visión del ojo izquierdo.

Discusión de la neurorretinitis

La neurorretinitis es una inflamación del nervio óptico unilateral que se caracteriza por una disminución de visión indolora y

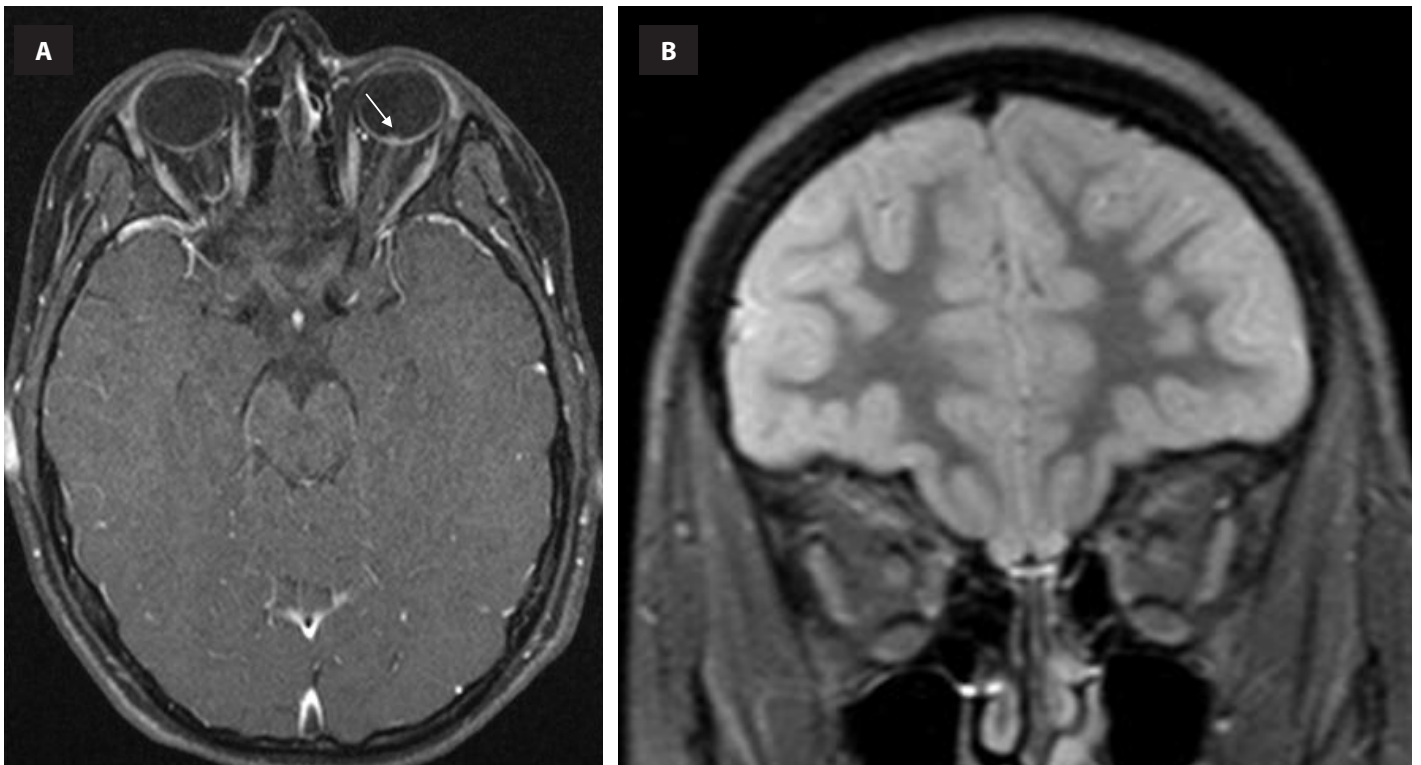
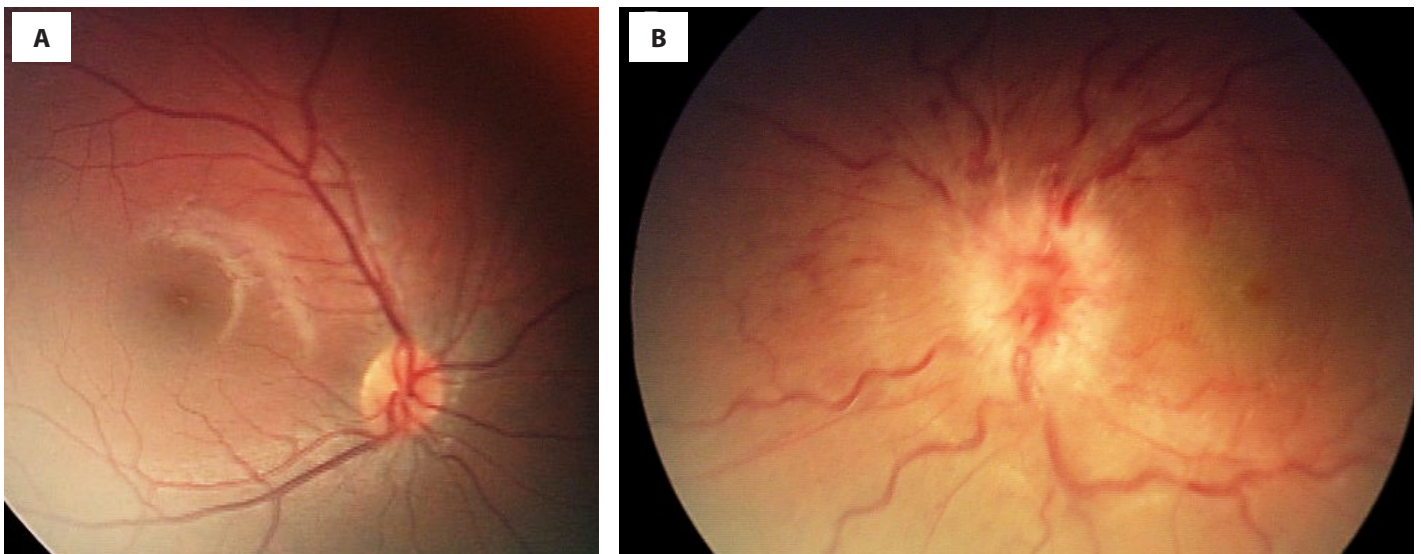




Figura 3. En la imagen de fondo de ojo del ojo izquierdo, se aprecia la papila borrosa y, además, exudación en el área macular con la configuración de una hemiestrella macular.

discromatopsia. El defecto pupilar aferente suele ser menor del esperado para la disminución de visión, dado que la pérdida de visión es principalmente secundaria al edema retiniano peripapilar más que a una disfunción del nervio óptico. En el fondo de ojo, inicialmente se aprecia un edema florido de la papila y un desprendimiento seroso de la retina peripapilar, mientras que la exudación, en el área macular, no aparece hasta transcurridas entre 1-3 semanas.

La neurorretinitis suele ser idiopática o infecciosa. *Bartonella henselae*, *Borrelia burgdorferi*, *Toxoplasma*, *Toxocara*, *Treponema pallidum* y *Mycobacterium tuberculosis*, son los principales microorganismos asociados a esta entidad. También se ha asociado a enfermedades sistémicas como la sarcoidosis, enfermedad inflamatoria intestinal y la poliarteritis nodosa¹.

El diagnóstico es clínico, basado en la clínica y el aspecto del fondo de ojo. Dado que la estrella macular aparece de forma tardía, la sospecha clínica inicial la dará la pérdida de visión indolora unilateral y el edema de la retina peripapilar asociado al edema papilar. El estudio sistémico debe ir dirigido a descartar causas infecciosas y la RM cerebral no sería necesaria.

La enfermedad por arañazo de gato está producida por *Bartonella henselae* y se adquiere al estar en contacto con gatos infectados. Suele haber el antecedente de un arañazo o mordida de un gato. Se suele desarrollar una pápula en el lugar de la lesión cutánea

con linfadenopatías regionales. Un 10% de los pacientes presenta una clínica sistémica asociada: fiebre, mialgias, artralgias, etc. Solo un 5-10% presentarán complicaciones oculares. La neurorretinitis es la complicación del segmento posterior más frecuente.

No existen recomendaciones clínicas claras respecto al tratamiento de la enfermedad del arañazo de gato y sus complicaciones oculares, dada la falta de estudios clínicos randomizados y por el hecho de que suele ser una enfermedad autolimitada en los pacientes inmunocompetentes. Este microorganismo es sensible a los macrólidos, tetraciclinas, rifampicina, ciprofloxacino y aminoglicósidos.

En pacientes inmunodeprimidos y en los inmunocompetentes, pero con síntomas sistémicos moderados/severos o pérdida de visión significativa, se recomienda la combinación de doxiciclina y rifampicina durante 4-6 semanas. En la edad pediátrica, el tratamiento de elección es la azitromicina asociada a la rifampicina. Se ha descrito una respuesta paradójica a los antibióticos en las complicaciones oculares y, por ello, se recomienda asociar corticoides al antibiótico sistémico en aquellos casos en los que exista mucha inflamación ocular, pero no de forma rutinaria²⁻⁴.

Diagnóstico diferencial del edema de papila y estrella macular

El diagnóstico diferencial de un edema de papila asociado a estrella macular en la edad pediátrica se plantea con tres entidades: neurorretinitis, hipertensión arterial maligna y papiledema.

En la hipertensión arterial maligna el cuadro es bilateral y las hemorragias y exudados se distribuyen de forma difusa en todo el fondo de ojo. El papiledema suele ser bilateral y la función visual estará conservada, excepto que la exudación en el área macular sea muy florida o en casos de hipertensión intracraneal fulminante (Figura 4)^{5,6}.

Conclusión

Se debe sospechar una neurorretinitis ante una pérdida de visión unilateral indolora con edema tanto de la papila como de la retina peripapilar. Es preciso recordar que la aparición de la exudación en el área macular es tardío y su ausencia inicial no descarta el diagnóstico.

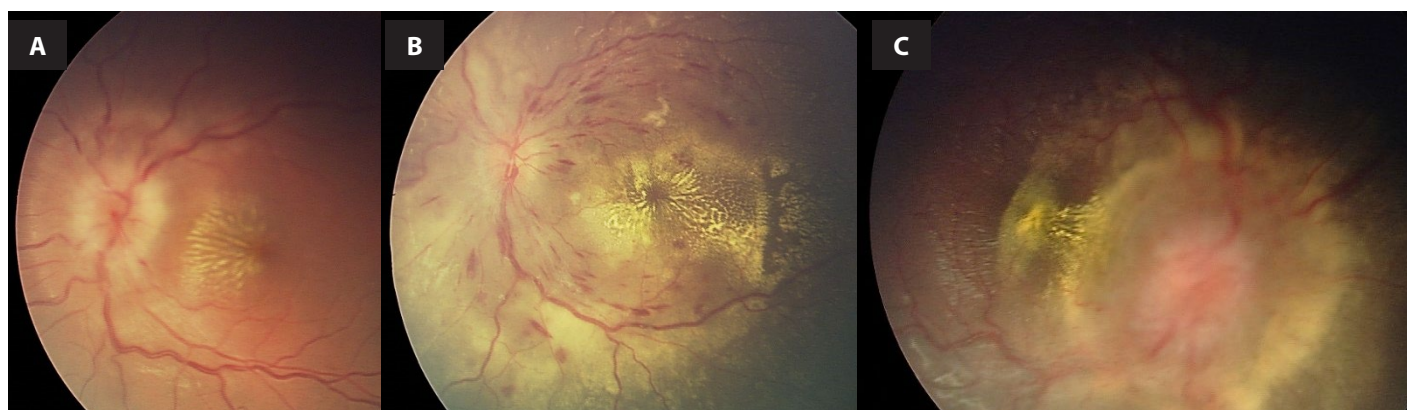


Figura 4. Diagnóstico diferencial. **A.** Neuroretinitis. **B.** Hipertensión arterial (HTA) maligna. **C.** Papiledema. El edema más florido se observa en el papiledema. El papiledema y la HTA maligna son cuadros bilaterales. En la HTA maligna, la exudación y las hemorragias están distribuidas por todo el fondo de ojo.

Bibliografía

1. Abdelhakim A, Rasool N. Neuroretinitis: a review. *Curr Opin Ophthalmol.* 2018;29(6):514-9.
2. Johnson A. Ocular complications of cat scratch disease. *Br J Ophthalmol.* 2020;104(12):1640-6.
3. Ksiaa I, Abroug N, Mahmoud A, Zina S, Hedayatfar A, Attia S, *et al.* Update on Bartonella neuroretinitis. *J Curr Ophthalmol.* 2019;31(3):254-61.
4. Fairbanks AM, Starr MR, Chen JJ, Bhatti MT. Treatment Strategies for Neuroretinitis: Current Options and Emerging Therapies. *Curr Treat Options Neurol.* 2019;21(8):36.
5. Margolin E, Jeeva-Patel T. Neuroretinitis in a young woman. *eNeurologicalSci.* 2020;21:100280.
6. Kahloun R, Khairallah-Ksiaa I, Abroug N, Mahmoud A, Ben Yahia SB, Zaouali S, *et al.* Final Diagnosis in Patients Referred with a Diagnosis of Neuroretinitis. *Neuroophthalmology.* 2015;39(6):266-70.