

El “glaucoma” asimétrico: un mal diagnóstico

The asymmetric glaucoma: misdiagnosis case

R. Morwani¹, S. Muñoz¹, JJ. Sánchez²

¹Servicio de Oftalmología. Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet del Llobregat. ²Servicio de Radiología. Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet del Llobregat.

Correspondencia:

Rahul Morwani

E-mail: rahulmorwani89@gmail.com

Descripción del caso

Se detectó pérdida visual unilateral en el ojo izquierdo de una anciana de 86 años durante una visita rutinaria en su ambulatorio de zona. Entre sus antecedentes personales destacaba deterioro cognitivo en estudio, hipertensión arterial y dislipemia. Era una paciente con alta miopía, pseudofáquica y capsulotomía practicada en ambos ojos. Seguía un tratamiento con colirio de bimatoprost por un diagnóstico de glaucoma establecido años atrás, con buen cumplimiento del tratamiento.

Tres años atrás, en 2014, su visión era cuenta dedos en ojo derecho (OD) y 0,6 en el izquierdo (OI). Sin embargo, en el momento de la visita, había descendido a cuenta dedos en ambos ojos. La presión intraocular (PIO) era 22 mmHg OD y 21 mmHg OI. No había opacidad de medios y se constató defecto pupilar aferente relativo en OD. Se detectó una leve atrofia coriorretiniana miópica peripapilar 360° en ambos ojos. Asimismo, se observó asimetría en cuanto a la coloración y excavación del disco óptico, presentando el primero una mayor excavación y palidez en el ojo derecho (Figura 1). La progresión de los defectos de campo visual se comenta en la Figura 2.

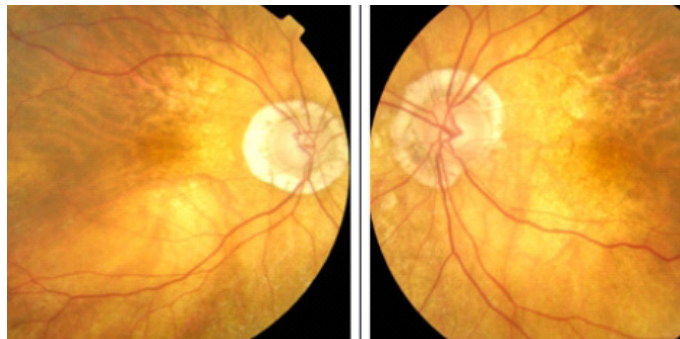


Figura 1. Fondo de ojo: excavación y coloración papilar asimétrica.

Pregunta:

Ante los hallazgos exploratorios ¿cuál es la actitud correcta?:

- Realizar estudio de neuroimagen.
- Practicar una tomografía de coherencia óptica (OCT) macular.
- Prescribir una combinación fija de hipotensores oculares.
- Indicar cirugía filtrante.

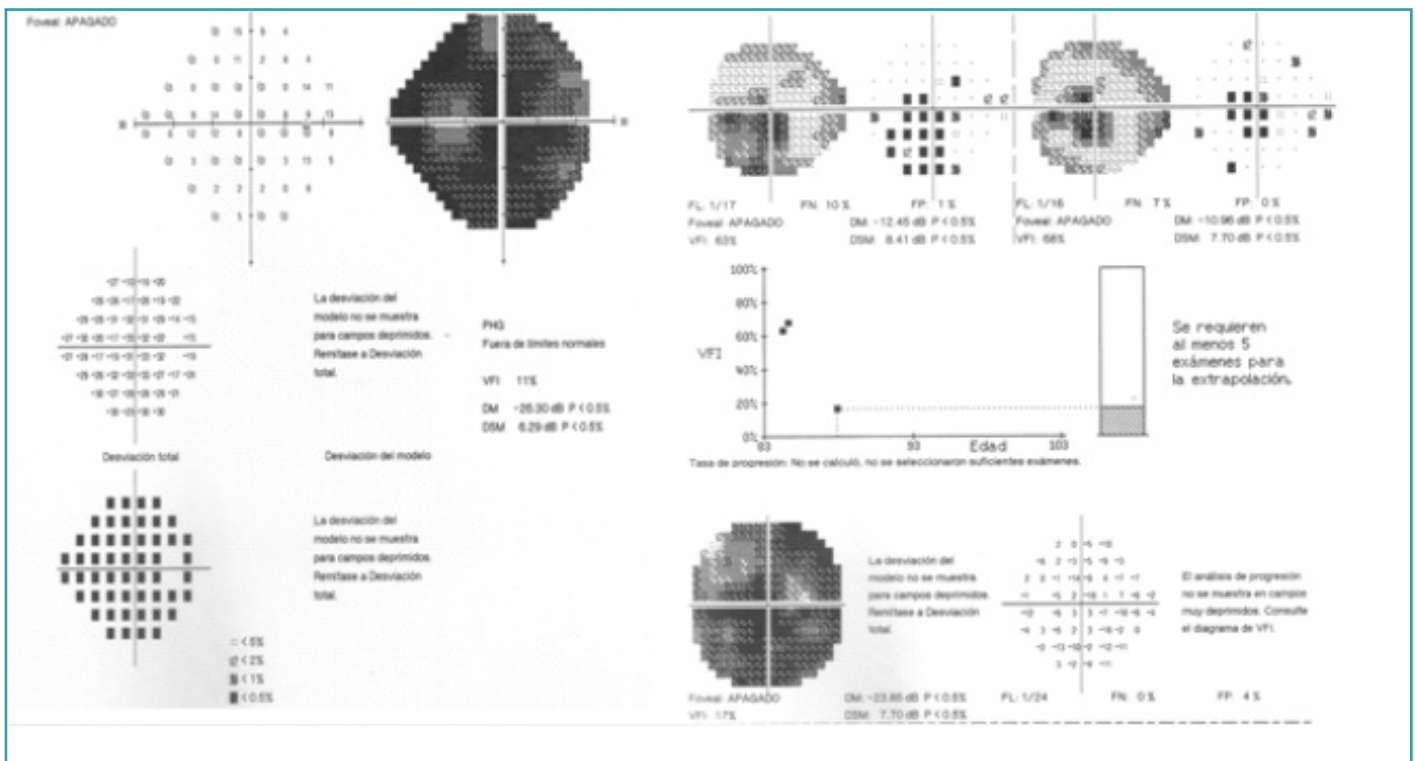


Figura 2. Campo visual ojo derecho: abolido desde el inicio. Campo visual ojo izquierdo: se aprecia defecto central que progresa hasta depresión completa.

La respuesta correcta es la: a

En este caso, se observó excavación del disco con características poco sugestivas de glaucoma. Las alteraciones del fondo de ojo producidas por la miopía (atrofia corio-retiniana peripapilar 360°) solo producirían un aumento de la mancha ciega, y en el caso de ectasia del polo posterior, defecto supero-temporal relativo que no respetaría el meridiano vertical.

En el OD había palidez difusa del anillo neuroretiniano y excavación centrada sin muescas, no había hemorragias en astilla ni desplazamiento nasal de los vasos. En el OI el disco óptico tenía una excavación de 0.4 sin muescas ni palidez del anillo neuroretiniano¹.

De manera retrospectiva, se observó que en el año 2014, el campo visual del OD estaba abolido y el izquierdo presentaba un defecto central, que progresó hasta la depresión de todo el campo. Esta evolución es atípica en el glaucoma crónico de ángulo abierto, en el que los defectos iniciales suelen ser nasales, y posteriormente

se extienden formando defectos arciformes, y evolucionan hasta el campo tubular con preservación del islote temporal².

Si los hallazgos del fondo de ojo y la progresión del campo visual no sugieren una etiología glaucomatosa, se plantea el diagnóstico diferencial con otras neuropatías que producen excavación de la papila³, principalmente las compresivas o infiltrativas. Es prioritario realizar una prueba de imagen cerebral y orbitaria.

La resonancia magnética cerebral en 2017 reveló una lesión compatible con meningioma clinoideo en contacto con nervio óptico derecho (Figuras 3a y 3b). Es un tumor benigno de las meninges, más frecuente en mujeres entre los 40 y 60 años de edad, de crecimiento lento y localización variada. Cuando compromete la vía visual, origina diferentes defectos del campo visual según su localización anatómica (Figura 4). En primera instancia, los meningiomas que afectan el nervio óptico producen defectos del campo visual unilateral ipsilateral. En una afectación quiasmática,

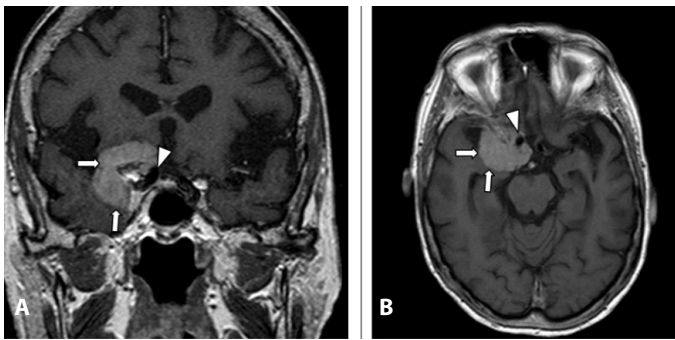


Figura 3. (A) Corte coronal en T1 con contraste. (B) Corte axial en T1 con contraste. Las imágenes de RM cerebral en T1 postcontraste muestran una lesión expansiva extra-axial homogénea y centrada en la clinoides anterior derecha (flechas blancas). Presenta una porción quística más lateral y un realce intenso. Esta lesión comprime el quiasma y engloba la carótida interna derecha (punta de flecha).

los defectos de campo visual afectan a ambos ojos, dando lugar a una hemianopsia bitemporal. Finalmente, los meningiomas que afectan la porción retroquiasmática (cintilla óptica) de la vía visual presentan hemianopsia homónima contralateral a la lesión.

Para diferenciar la progresión del glaucoma de otras posibles neuropatías es preciso el estudio del aspecto del disco óptico en cuanto a coloración, excavación, anillo neuroretiniano así como del campo visual y su evolución, desconfiando de evoluciones atípicas o marcadamente asimétricas como en el presente caso. Los pacientes con glaucoma primario pueden sufrir otras neuropatías (Leber, compresión quiasmática o del nervio óptico) que producen deterioro campimétrico a pesar de un buen control tensional. Además, los pacientes con alta miopía presentan unas anomalías en el disco óptico de base que dificulta su evaluación.

Los mensajes educativos del caso son:

- cuestionar los casos de "glaucoma" con hallazgos atípicos.
- prestar atención a TODO en el ambulatorio.

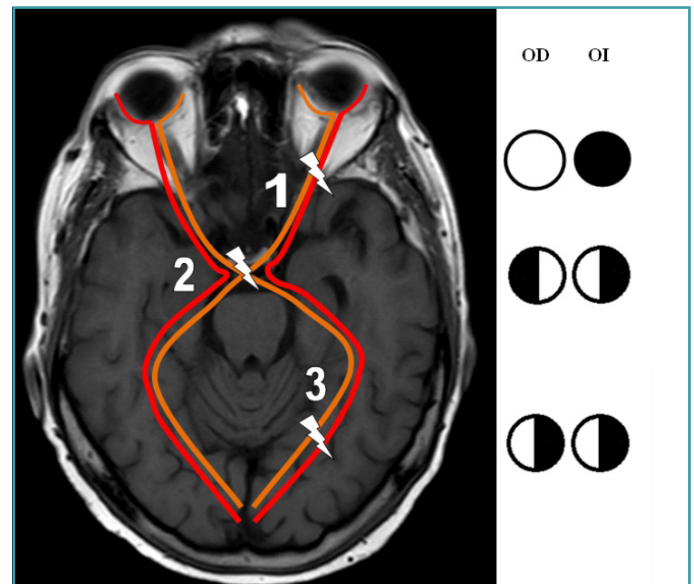


Figura 4. RMN cerebral axial con las vías ópticas. La lesión que corresponde al relámpago nervio óptico (1) produce un defecto visual ipsilateral ojo afecto. Una lesión quiasmática (2) se asocia a un defecto de campo visual en ambos ojos de los sectores temporales (hemianopsia bitemporal). La lesión postquiasmática (3) produce una hemianopsia homónima contralateral a la lesión anatómica.

Bibliografía

1. Greenfield DS, Siatkowski RM, Glaser JS, Schatz NJ, Parrish RK. The cupped disc: Who needs neuroimaging? *Ophthalmol.* 1998;105:1866-74.
2. Caminal JM, Arruga J, Muñoz S, Martínez J, Prat J. Tumores, compresiones e infiltraciones del nervio óptico. En: Arruga J, Sanchez-Dalmau BF de. *Neuropatías ópticas: diagnóstico y tratamiento*. Madrid 2002. Mac Line. Pag 241-61.
3. Greenfield DS. Glaucomatous versus nonglaucomatous optic disc cupping: Clinical differentiation. *Seminars in Ophthalmol.* 2009;14:95-108.