

Escotomas centrales

Central Scotomas

Alejandra Herranz Cabarcos¹, Estefanía Cobos Martín², Silvia Muñoz²

¹Hospital de la Esperanza. Barcelona. ²Hospital Universitari Bellvitge. L'Hospitalet del Llobregat. Barcelona.

Correspondencia:

Alejandra Herranz Cabarcos

E-mail: alejandra.herranz.cabarcos@gmail.com

Descripción del caso

Mujer de 25 años sin antecedentes de prematuridad. Consultó por pérdida de agudeza visual (AV) bilateral y progresiva de 3 años de evolución. La AV era 0,3 en ojo derecho y de 0,8 en ojo izquierdo, tenía un defecto pupilar aferente relativo (DPAR) leve, y discreta afectación de la visión cromática en su ojo derecho. La presión intraocular era 12mmHg en ambos ojos y no se detectaron anomalías en la biomicroscopía. El examen del campo visual con perimetría computerizada Humphrey mostró defectos centro-cecales en ambos ojos (Figura 1). El fondo de ojo (Figura 2) presentaba una disposición anómala de los vasos centrales de la retina con emergencia temporal en ambos ojos, un tracto fibroso prepapilar en el ojo derecho sugestivo de una anomalía

congénita (papila de Bergmeister) y máculas deslustradas en ambos ojos.

¿Qué prueba realizaría a continuación, teniendo en cuenta el diagnóstico más probable?

- Ecografía ocular para investigar la presencia de drusas papilares enterradas.
- Autofluorescencia para investigar algunas causas de maculopatía.
- Resonancia cerebral para descartar neuritis óptica.
- Determinación de vitaminas de grupo B (B1, B6, B12 y folatos) por sospecha de neuropatía óptica tóxico-nutricional.

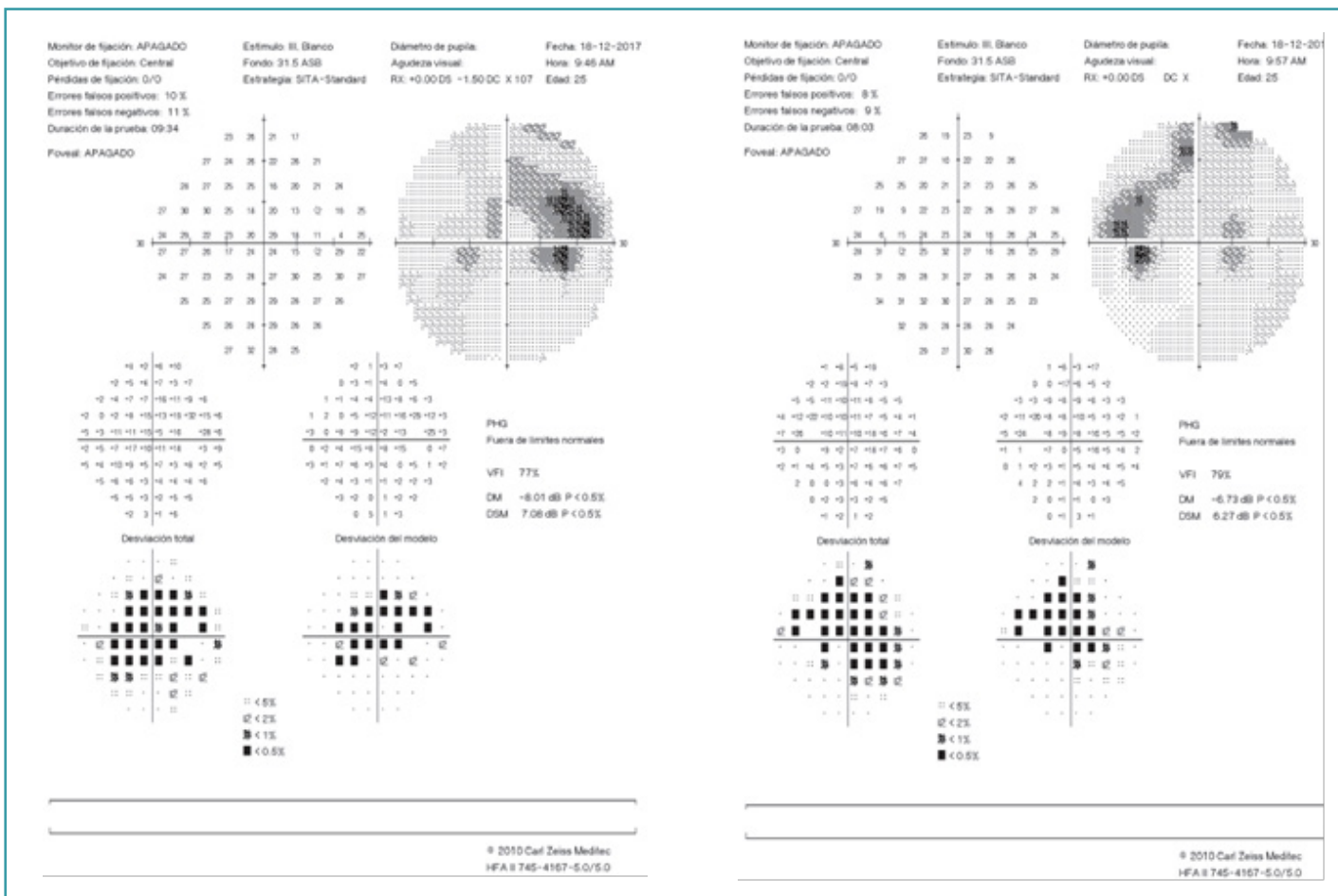


Figura 1. Campo visual. Escotomas centrocecales que afectan, principalmente a las fibras nerviosas del haz papilo-macular.

La respuesta correcta es la: b

Los defectos de campo visual central son característicos de las neuropatías ópticas tóxicas, nutricionales y hereditarias¹. En este tipo de neuropatías, hay una afectación selectiva de la capa de fibras nerviosas del haz papilo-macular, que suele ser simétrica. Su curso es subagudo o crónico, y causa pérdida de la visión central y discromatopsia. En este caso no existía ningún antecedente de malnutrición o malabsorción, ni exposición a tóxicos, ni antecedentes familiares de enfermedades oculares.

La neuritis óptica de causa desmielinizante (la más frecuente en esta franja de edad) debuta con pérdida visual aguda, dolor

asociado al movimiento ocular y frecuentemente el fondo de ojo es normal en fase aguda. Puede producir cualquier defecto de campo visual. Sin embargo, en el caso que se presenta, el cuadro clínico tenía 3 años de evolución.

La ecografía ocular es la prueba más sensible para detectar drusas enterradas y calcificadas en el nervio óptico. Los defectos de campo visual asociados a drusas papilares son de predominio nasal (similares a los de glaucoma) y suelen observarse cuando las drusas son visibles²⁻⁴.



Figura 2. Fondo de ojo. Máculas de aspecto granular o en "bronce batido" en ambos ojos. Papila de Bergmeister en ojo derecho.

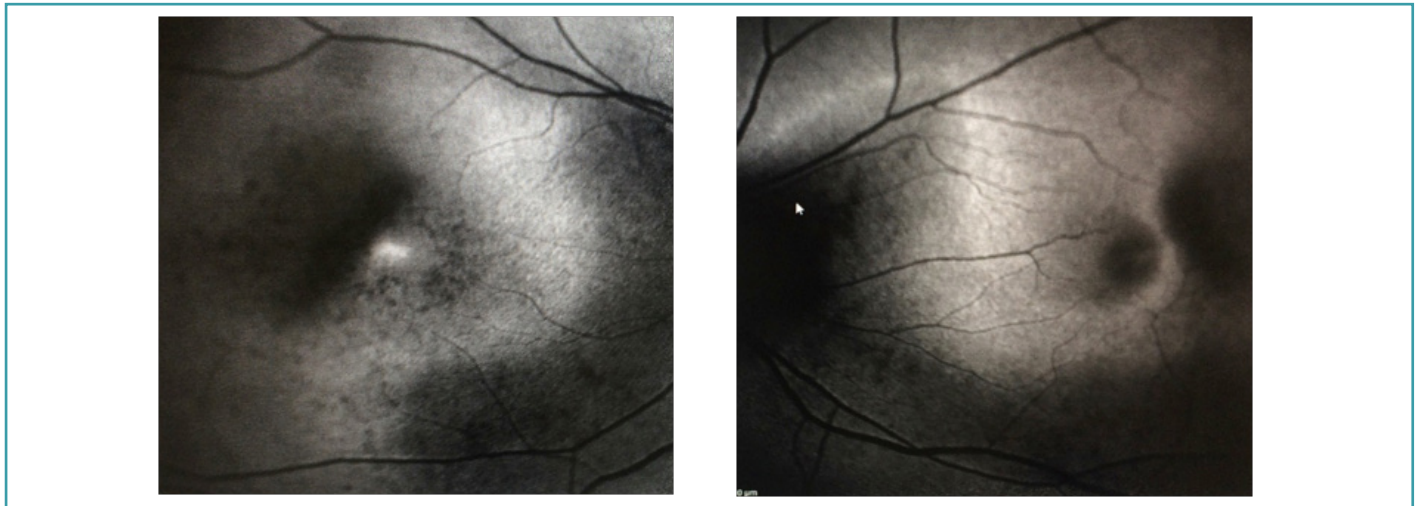


Figura 3. Autofluorescencia. Se aprecia un patrón de hipoautofluorescencia que se origina en la mácula y se distribuye de manera centrípeta en región macular. Se observa también una hiperautofluorescencia más marcada en polo posterior y en la retina visible, junto con una hiperautofluorescencia focal yuxtafoveal en el ojo derecho.

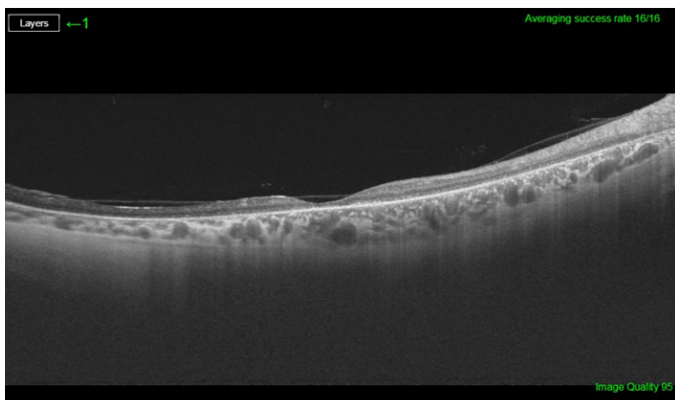


Figura 4. OCT macular ojo derecho. Presenta una adherencia vítreo retiniana sin tracción. Hay una atrofia difusa de todas las capas retinianas y ausencia de las capas externas en toda el área macular.

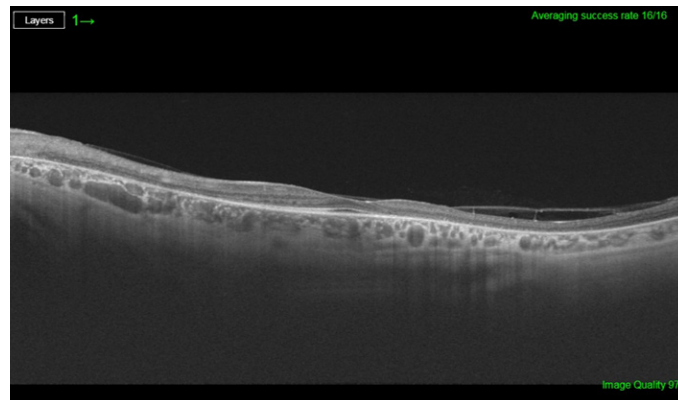


Figura 5. OCT macular ojo izquierdo. Presenta una adherencia vítreo retiniana sin tracción. También hay una atrofia difusa de todas las capas retinianas. La membrana limitante externa y capa de los elipsoides a nivel foveal aparece preservada.

Por último, otra causa de escotomas centrales a estudiar son las enfermedades maculares. A pesar del aspecto displásico de los discos ópticos, las máculas presentaban unos sutiles cambios con aspecto deslustrado y pérdida del brillo habitual en individuos jóvenes. La autofluorescencia del fondo (Figura 3) reveló un patrón de hiperfluorescencia con distribución centrípetra en ambas máculas. Este hallazgo determinó la orientación del diagnóstico hacia una distrofia retiniana⁵. El Swept Source OCT de mácula reveló una atrofia difusa de todas las capas de la retina (Figuras 4 y 5). El electroretinograma demostró un aumento de la latencia y una disminución de la amplitud del registro, lo cual junto a la clínica y el resto de exploraciones complementarias han orientado el cuadro como una distrofia macular de Stargardt.

Bibliografía

1. Behbehani R. Clinical approach to optic neuropathies. *Clin Ophthalmol*. 2007;1(3):233-46.
2. Auw-Haedrich CI, Staubach F, Witschel H. Optic disk drusen. *Surv Ophthalmol*. 2002;47:515-32.
3. Saenz R, Cheng H, Prager TC, Frishman LJ, Tang RA. Use of A-scan Ultrasound and optical coherence tomography to differentiate papilledema from pseudopapilledema. *Optom Vis Sci*. 2017;94(12):1081-9.
4. Tuğcu B, Özdemir H. Imaging Methods in the Diagnosis of Optic Disc Drusen. *Turk J Ophthalmol*. 2016;46(5):232-6. doi: 10.4274/tjo.66564. Epub 2016 Oct 17.
5. Côco M, Baba NT, Sallum JM. Evaluation of fundus autofluorescence in hereditary retinal diseases using Heidelberg Retina Angiograph. *Arq Bras Oftalmol*. 2007;70(5):739-45.