

Neuritis o no, esa es la cuestión

Neuritis or not, that is the question

Carlos Leis-Cofiño¹, Silvia Muñoz²

¹Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Servicio de Oftalmología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Correspondencia:

Carlos Leis-Cofiño

E-mail: carlos.leis@outlook.es

Palabras clave: Neurooftalmología. Tomografía de coherencia óptica. Edema de papila.

Paraules clau: Neurooftalmologia. Tomografia de coherència òptica. Edema de papil·la.

Key words: Neuro-ophthalmology. Optical coherence tomography. Optic disc edema.

Descripción del caso

Un paciente varón de 35 años consultó por sensación de pesadez en ambos ojos (AO) y pérdida progresiva de agudeza visual (AV) en su ojo derecho (OD) de 2 semanas de evolución sin otra sintomatología asociada. No tenía antecedentes personales ni familiares de interés. Era natural de Ecuador y solo había realizado viajes a países europeos previamente a la presentación del cuadro clínico.

La visión sin corrección era de 0,8 en OD y 1 en el ojo izquierdo (OI). Había una sutil alteración de la visión cromática en el OD (18 de 20 láminas en test de Ishihara), mientras que era normal en el izquierdo (20 láminas de 20). Las pupilas eran isocóricas, y se evidenció un leve defecto pupilar aferente relativo (DPAR) en el OD. La motilidad ocular extrínseca era completa y no se objetivó diplopía. Sin embargo, el paciente aquejaba dolor en todas las posiciones de la mirada y en la retropulsión de su ojo derecho. No se detectaron anomalías en el segmento anterior. El examen del fondo de ojo (Figuras 1A y 1B) reveló la pérdida

del reflejo foveal y borramiento del margen papilar junto con pérdida de la excavación central en el OD. Había líneas de Paton peripapilares, y un discreto Tyndall vítreo. El resto de la retina no presentaba alteraciones. La perimetría Humphrey 30-2 constató un aumento de la mancha ciega en el OD y resultó normal en el izquierdo. La tomografía *swept-source* (OCT-SS) de la mácula se muestra en las Figuras 2A y 2B. Previa a la presentación del cuadro clínico se había realizado una serología de sífilis que resultó negativa. Se ingresó para estudio.

En base a estos hallazgos, ¿cuál sería la orientación diagnóstica más adecuada en este caso?

- Papiledema unilateral
- Escleritis posterior
- Neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica (NOIA-NA)
- Neuritis óptica
- Perineuritis luética

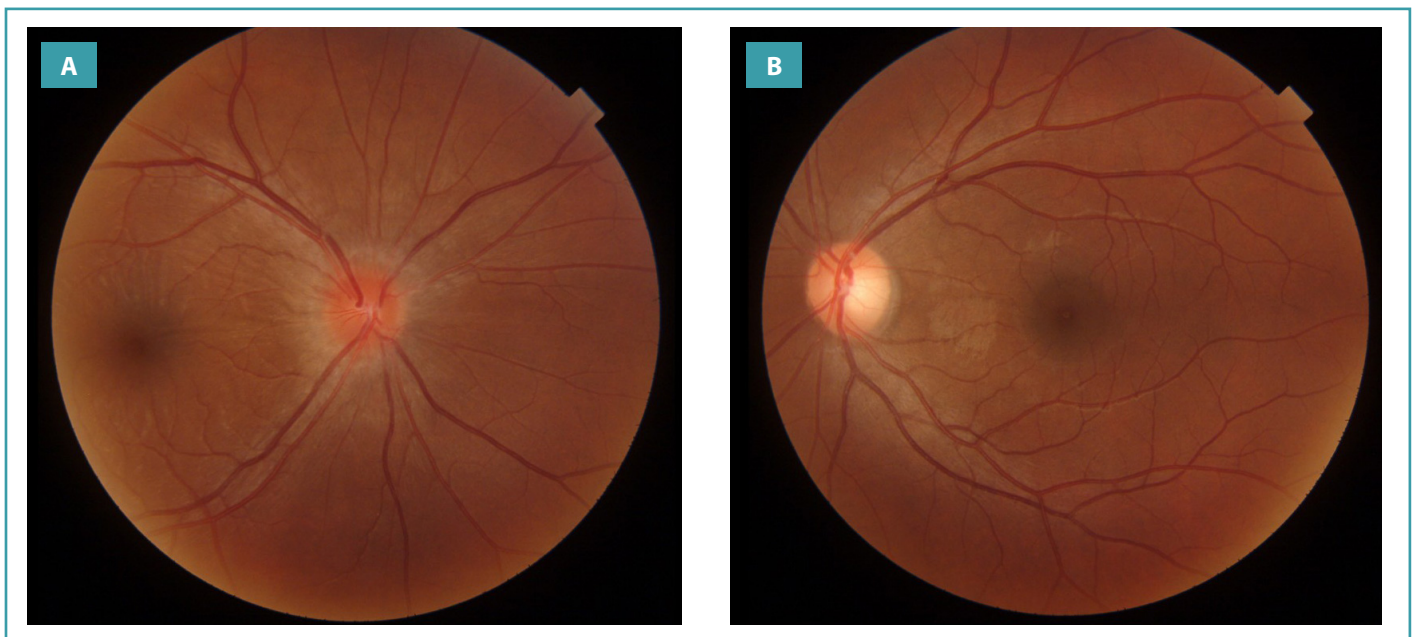


Figura 1. A. Retinografía del ojo derecho. El disco óptico tiene un borramiento completo de sus bordes, aparece elevado y no presenta excavación central. Igualmente se observan unos pliegues radiales que parten del disco que son más prominentes en su borde temporal (líneas de Paton). Hay una sutil reducción del reflejo foveal. **B.** Retinografía del ojo izquierdo. El disco óptico presenta una coloración normal con bordes bien definidos y la mácula aparece sin alteraciones objetivables.

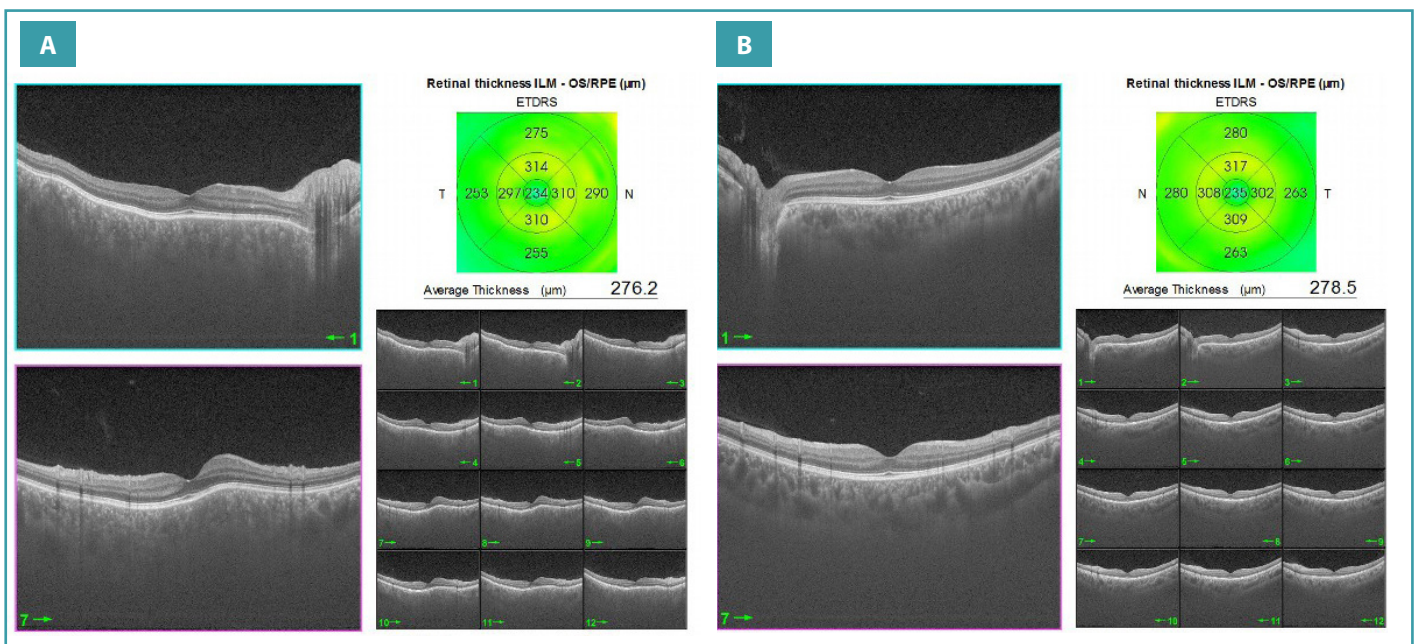


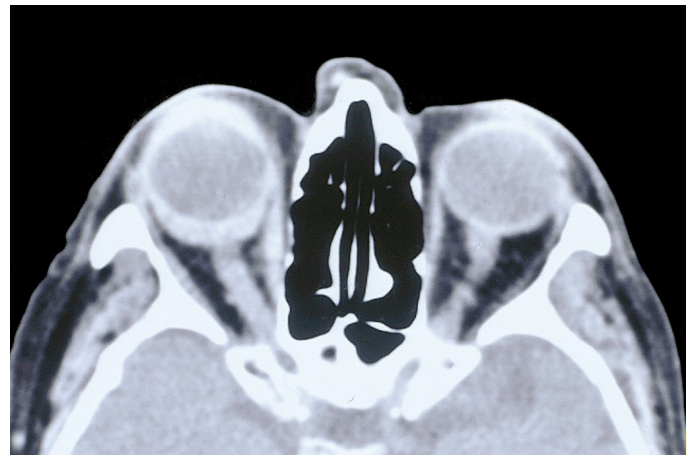
Figura 2. A. OCT-SS macular del ojo derecho. Se aprecia aumento del grosor coroideo y escleral, así como distorsión de la línea del epitelio pigmentario de la retina (EPR). También se puede observar una sobrelevación del disco óptico. **B.** OCT-SS macular del ojo izquierdo. El perfil foveal es normal, no se evidencia incremento del grosor coroideo ni escleral.

Respuesta correcta: b**Resolución del caso clínico**

En este caso, la prueba que resultó diagnóstica fue la OCT-SS. Se objetivó aumento del grosor corioideo y escleral del OD con respecto al OI. Otros signos indirectos de este aumento del grosor estaban presentes en el fondo de ojo a saber: los pliegues retinianos y corioideos que se pueden observar en la Figura 2A. Otras pruebas de imagen diagnósticas en la escleritis posterior son la ecografía ocular, que muestra el signo de la T, y la tomografía computarizada (TC) (Figura 3) o la resonancia magnética (RM) orbitaria¹ donde se puede apreciar un aumento del grosor escleral y realce si los cortes son suficientemente finos.

La sintomatología predominantemente dolorosa sugería una etiología inflamatoria. La pérdida visual subaguda y el dolor con los movimientos oculares inicialmente se atribuyeron a neuritis óptica. La resonancia (RM) cerebral y orbitaria (gadolinio y supresión grasa) y el estudio de líquido cefalorraquídeo fueron estrictamente normales.

En fases de papiledema incipiente se pueden observar anomalías del disco similares al caso, pero los casos unilaterales son excepcionales. La NOIA-NA es más frecuente en adultos mayores



Fuente: Caso del Dr. Jorge Arruga. Reproducido con su autorización.

Figura 3. TC orbitaria corte axial. Se observa aumento del grosor de la coroides y la porción posterior de la esclera en el ojo derecho.

de 50 años y que presentan factores de riesgo cardiovascular. Además, la instauración de la pérdida visual es súbita e indolora^{1,2}.

La perineuritis óptica es una inflamación de las cubiertas meníngeas del nervio óptico producida por enfermedades inflamatorias (sarcoidosis, IgG4) o infecciosas (TBC, lúes) y ocasiona menor afectación de la función visual que en la neuritis. El diagnóstico



Figura 4. A. Retinografía del ojo derecho centrada en mácula. Tras la resolución de la escleritis posterior, la mácula ha recuperado el reflejo foveal, mientras que el disco óptico aparece bien definido, no elevado, y se observa su excavación central. Los pliegues que emergían de la papila han desaparecido. **B.** OCT-SS macular del ojo derecho en fase de resolución. Se aprecia la normalización del grosor corioideo y escleral y la desaparición de la distorsión del EPR.

de perineuritis se confirma mediante RM, que en este paciente resultó normal^{1,2}. Este infrecuente trastorno no se acompaña de aumento del grosor coroideo y escleral en OCT-SS.

La escleritis posterior representa un escaso porcentaje de los casos de escleritis. Según su etiología, se divide en infecciosa y no infecciosa, aunque la mayor parte de los casos son de etiología idiopática. Entre las causas conocidas, la más frecuente es la artritis reumatoide. El tratamiento inicial de la escleritis consiste en antiinflamatorios no esteroideos como la indometacina, aunque en ocasiones se precisa corticoterapia y/o tratamiento inmunomodulador, tras haber descartado previamente la etiología infecciosa^{3,4}. En todos los casos de escleritis posterior se recomienda realizar un despistaje de enfermedad sistémica autoinmune e infecciosa.

En el caso que presentamos, se inició tratamiento con indometacina 25 mg 1 comprimido cada 8 horas con buena respuesta. A los 4 meses del inicio del episodio se observó una remisión completa como se puede observar en las Figuras 4A y 4B.

Financiación

Los autores no requirieron ninguna fuente de financiación.

Conflictos de interés

Los autores no presentan ningún conflicto de interés.

Bibliografía

1. Arruga Ginebreda J, Sánchez Dalmau B. *Neuropatías ópticas: diagnóstico y tratamiento*. Sociedad Española de Oftalmología; 2002.
2. Miller NR, Newman NJ, Blouise V, Kerrison JB. *Walsh and Hoyt's Clinical Neuro-Ophthalmology*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
3. McCluskey PJ, Watson PG, Lightman S, Haybittle J, Restori M, Branley M. Posterior scleritis: clinical features, systemic associations, and outcome in a large series of patients. *Ophthalmology*. 1999 Dec;106(12):2380-6. doi: 10.1016/S0161-6420(99)90543-2.
4. Lee DH, Cho H, Choi EY, Kim M. Clinical features and long-term treatment outcome of posterior scleritis. *Ann Transl Med*. 2022 Nov;10(21):1162. doi: 10.21037/atm-22-721.